

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 1 di 614

Direttore: BARBERO LUIGI DOMENICO (Coordin. DIT dal 01/05/2024 al 31/12/2024) - GHIGO GABRIELE (Diret

Struttura: DIPARTIMENTO PER L'INTEGRAZIONE TERRITORIALE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,95 % **Media 2:** 0,00 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 2 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5

0

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che la
Struttura collabora all'attività di
analisi, individuazione criticità e
tenuta rapporti con gli specialisti
nterni. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 3 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

15	0
----	---

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

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronti su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 4 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	0
----	---

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 6 documenti autorizzati in ritardo. Di questi, 5 sono stati pagati in ritardo per mancati caricamenti del servizio e 1 per improcedibilità del pagamento a ridosso del 31 12 (pagamenti vietati da Bank IT). Mancata valorizzazione delle giustificazioni per i 5 documenti in ritardo (DURC in istruttoria, partita non segnalata come bloccata).

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 5 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 6 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5	0
---	---

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 7 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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

5	0
---	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
con prot. 0104635 del 06/08/2024 il
dott. Peiretti ha inviato relazione
scritta in merito alle 'azioni di
miglioramento per prescrizione e
fornitura ausili' individuate
nell'incontro del 01/08/2024 del
'GRUPPO di LAVORO
APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA' di cui al verbale
allegato al protocollo citato
(carrozze elettroniche pieghevoli,
basculanti e altri ausili di
particolare rilevanza). Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 8 di 614

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Monitoraggio delle Strutture territoriali nel rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget da parte di tutte le Strutture coinvolte
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato

10	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS DIREZIONE
AMMINISTRATI
VA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che L'andamento della spesa, rilevato al 31/07/2024, dei Distretti Sud Ovest e Sud Est è in linea con l'anno 2023 e non presenta al momento criticità. L'andamento della spesa dei Distretti Nord Ovest e Nord Est non è in linea con l'anno 2023 e, nello specifico delle attività che generano extra lea, il superamento è avvenuto per i contributi erogati agli utenti per la dialisi domiciliare. Complessivamente quindi il raggiungimento dell'obiettivo è al momento critico, in quanto in proiezione annuale (1.111.421) si supera il budget assegnato ai distretti (1.085.021,30) Si segnala, che nel mese di luglio 2024 è stato effettuato un incontro per modificare la prassi in uso presso la Nefrologia e dialisi dell'ASL CN1. Tale confronto è stato necessario per riorganizzare le modalità di rilascio delle autorizzazioni collegiali da parte della Nefrologia e dialisi e di invio dei PAID ai due Distretti interessati che dovrà avvenire tassativamente con cadenza mensile nell'anno di competenza.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che la spesa EXTRA LEA generata dai Distretti dell'ASL CN1 e dal DSM nel periodo gennaio-dicembre 2024 è stata pari ad € 2.026.950,31 come da schede di monitoraggio agli atti . Tale spesa trova copertura nel

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 9 di 614

finanziamento regionale indicato nella DGR n. 4-475 del 3 dicembre 2024 con cui è stato disposto il contributo di € 2.082.170,81 e nella Determinazione n. 806 del 25/11/2024 con cui è stato assegnato alla ASL CN1 un contributo pari ad € 14.156,68 per parrucche per alopecia e pile e carica batterie per i portatori di protesi cocleari. In accordo con la Direzione generale si ritiene raggiunto l'obiettivo.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 10 di 614

RIORGANIZZAZIONE FUNZIONI
AMMINISTRATIVE IN CAPO AL DIT
PER LE STRUTTURE AFFERENTI
AL COORDINAMENTO
TERRITORIALE

Riorganizzazione integrata
delle funzioni amministrative
delle Strutture afferenti al
coordinamento territoriale.
Definizione di un modello
organizzativo.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Riorganizzazione funzioni
amministrative entro dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Condivisione del
modello organizzativo con le Strutture
afferenti al coordinamento territoriale
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Definizione di un
modello organizzativo entro settembre
2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):Mancata organizzazione
attività e definizione del modello
organizzativo

10	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS DIREZIONE
AMMINISTRATI
VA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 02/09/2024 la
Responsabile della Direzione
Amministrativa Territoriale riferisce
che sono state avviate attività di
condivisione di segreteria del
UMVD. Il processo di
riorganizzazione è in corso, tenuto
conto della situazione aziendale in
evoluzione.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
24/02/2025 la Responsabile della
S.S. Direzione Amministrativa
Territoriale riferisce che dal mese
di luglio 2024 la segreteria
amministrativa della UMVD minori
è unica per i quattro Distretti. La
segreteria amministrativa unica
garantisce modalità uniformi di
preparazione delle sedute
valutative e supporta
l'appropriatezza valutativa e
l'uniformità di comportamento da
parte dei componenti della
Commissione UMVD minori. Anche
per le funzioni distrettuali
dell'Integrativa e Protesica sono
state rafforzate modalità di lavoro
comuni tra gli uffici protesica
distrettuali dell'ASL CN1 ed è stata
individuata una figura
amministrativa di riferimento per il
Dipartimento per l'Integrazione
Territoriale. Le funzioni distrettuali
per l'assistenza sanitaria
transfrontaliera sono svolte in
maniera integrata dagli uffici estero
dei quattro Distretti e sono dedicate
per l'attività tre unità di personale
amministrativo, di cui due part time
ed unità a tempo pieno, che
garantiscono l'espletamento delle
pratiche su tutti e quattro i Distretti.
Il Coordinatore delle attività
Dipartimentali ha inoltre dovuto

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 11 di 614

riorganizzare le attività amministrative per vicariare le assenze dei due Collaboratori Amministrativi assegnati al Dipartimento per l'Integrazione Territoriale a seguito di trasferimenti ad altre strutture dell'ASL CN1. La riorganizzazione ha comportato l'individuazione di una figura amministrativa del Distretto Sud Ovest per una percentuale dell'attività lavorativa in attesa delle sostituzioni. Nello specifico il Dipartimento per l'Integrazione Territoriale da dicembre 2024 non ha più in organico il Collaboratore amministrativo titolare di posizione organizzativa.

STANDARDIZZAZIONE
PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD
NEI DISTRETTI

Costituzione di una UMVD
minori unica a livello
aziendale

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Strutturazione UMVD minori
unica entro giugno 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Strutturazione
UMVD minori unica entro giugno
2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Strutturazione UMVD
minori unica entro luglio 2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):Strutturazione UMVD minori
unica entro settembre 2024

10	0
----	---

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

DIREZIONE
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 03/09/2024 il Direttore Sanitario riferisce che a seguito di nota prot. 0087112 del 28/06/2024 è stata individuata la figura sanitaria di coordinamento (operatore unico trasversale ai dipartimenti) e le due figure amministrative di supporto. Sono state condivise le modalità di partecipazione alle sedute collegiali distrettuali e le procedure di valutazione, al fine di standardizzare le risposte ai bisogni assistenziali specifici. L'obiettivo è considerato raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: si conferma la valutazione espressa nella verifica infrannuale. Obiettivo pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 12 di 614

Direttore: BONGIOANNI MARIA ROBERTA (fino al 30/09/2024)

Struttura: DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	70	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 13 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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

30	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
nella riunione di dipartimento del
21.5.2024 è stata individuata la
struttura S.C. Nefrologia e Dialisi
nell'ambito del PSDTA 'Malattia
renale cronica' (appropriatezza
prescrittiva prestazioni). Obiettivo
raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 14 di 614

Direttore: **_FIORETTO FRANCO**

Struttura: **DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE**

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			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 15 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

10	0
----	---

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono 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 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) Il Dipartimento ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	300	0	100,00100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	. VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
--	--	--	-----	---	--------------	--	--	--

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 17 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	0
----	---

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e Controlli Interni riferisce che In data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 18 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
nell'ambito degli interventi volti al
miglioramento dell'appropriatezza
prescrittiva prestazioni, il dott.
Fioretto ha comunicato al Controllo
di Gestione di aver individuato la
struttura 'Pediatria' dell'Ospedale di
Mondovì. Obiettivo raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 19 di 614

PDТА TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALЕ

Definizione PTDA
intraziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDТА con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDТА
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDТА entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

10	0
----	---

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDТА
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDТА è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 20 di 614

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
ASSEGNATI DALLA DIREZIONE
GENERALE DELL'AO SANTA
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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
21/03/2025 (Prot. ASL CN1 38607
del 21/03/2025) la S.S. Controllo di
Gestione - Struttura di supporto
all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di
Cuneo - ha comunicato le
risultanze della valutazione
dell'obiettivo con raggiungimento
finale al 100%.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 21 di 614

Direttore: **_NEGRO MAURO**

Struttura: **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 22 di 614

AUDIT FINALIZZATO ALLA
 VERIFICA DELL'EFFETTIVA
 ATTUAZIONE DELLA MAPPATURA
 DEI PROCESSI/SOTTO-PROCESSI
 IN AMBITO DI PREVENZIONE
 DELLA CORRUZIONE O MALA
 AMMINISTRAZIONE

Collaborazione all'Audit
 finalizzata a valutare
 l'effettiva attuazione di un
 processo di competenza ed
 eventuali adeguamenti

-Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): Partecipazione all'Audit ed
 eventuale adeguamento alle
 raccomandazioni prescritte
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%): Collaborazione
 durante l'Audit, ma incompleto
 adeguamento alle raccomandazioni
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%): Collaborazione
 durante l'Audit, ma mancato
 adeguamento alle raccomandazioni
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Mancata partecipazione all'Audit

10	0
----	---

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

DIRETTORE SC
 AFFARI
 GENERALI E
 CONTROLLI
 INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con
 mail del 08/08/2024 il Direttore
 della SC Affari Generali e controlli
 interni riferisce che la procedura
 per la Verifica/Audit con la
 collaborazione del Dipartimento di
 Prevenzione/Direzione Amm.va
 della Prevenzione è in fase di
 programmazione e nel mese di
 maggio si è concordato che verterà
 sull'effettiva attuazione dell'
 "Attività di controllo ufficiale nelle
 materie di competenza Servizio
 Veterinario Igiene degli alimenti di
 origine animale - Area B".
 Pertanto, al 30/06/2024, il Servizio
 appare in linea con il
 raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
 16/01/2025 il Direttore della S.C.
 Affari Generali e Controlli Interni
 riferisce che la procedura per la
 Verifica/Audit, con la
 collaborazione del Dipartimento di
 Prevenzione/Direzione Amm.va
 della Prevenzione, relativa alla
 "Attività di controllo ufficiale nelle
 materie di competenza Servizio
 Veterinario Igiene degli alimenti di
 origine animale - Area B", è stata
 effettuata in data 12/11/2024,
 come risulta dal Verbale/Check List
 acquisito al protocollo aziendale al
 n. 148628 di pari data.
 L'obiettivo risulta, pertanto,
 pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 23 di 614

BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	0
----	---

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

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato. 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 confronto su andamento costi\rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso. Completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 24 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini.
Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi.
Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	0
----	---

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

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 25 di 614

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

45	0
----	---

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

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 26 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	0
----	---

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 27 di 614

MONITORAGGIO DELLA SCHEDA "RISORSE ATTIVITÀ"	<p>Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività".</p> <p>L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.</p>	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</p> <p>-Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</p> <p>-Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</p>	<div>15</div> <div>0</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<p>RESPONSABILE SS</p> <p>CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.</p> <p>Punteggio scheda 164,2</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
--	--	--	----------------------------	-------------------------------------	---	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 28 di 614

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	% 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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	70	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 29 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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

30	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
con prot. 0104635 del 06/08/2024 il
dott. Peiretti ha inviato relazione
scritta in merito alle 'azioni di
miglioramento per prescrizione e
fornitura ausili' individuate
nell'incontro del 01/08/2024 del
'GRUPPO di LAVORO
APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA' di cui al verbale
allegato al protocollo citato
(carrozze elettroniche pieghevoli,
basculanti e altri ausili di
particolare rilevanza). Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 30 di 614

Direttore: **_PAZZAIA TONI**

Struttura: **DIPARTIMENTO CHIRURGICO**

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	50	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 31 di 614

GREEN OPERATING ROOM

a) Coordinamento nell'ottimizzazione della raccolta rifiuti in Sala Operatoria.
b) Identificazione di procedure virtuose da applicare al Blocco Operatorio all'interno del Green Team e creazione corsi di formazione per il personale di Sala Operatoria.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine giugno ed esecuzione di almeno 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine [OLD ottobre] novembre.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine settembre ed esecuzione di < 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine dicembre.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine dicembre ed esecuzione di 1 riunione del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano entro fine dicembre.
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
a) Mancata creazione del Green Team multispecialistico;
b) Mancata formazione del personale del blocco operatorio.

15	0
----	---

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

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 21/08/2024, il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce che il Green Team nasce nel 2023 su iniziativa della Chirurgia Generale di Savigliano che, in occasione di una tesi di Specializzazione ed in collaborazione con la AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, riunisce un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di operatori del Blocco Operatorio di Savigliano, insieme con la Direzione Sanitaria di Presidio di Savigliano come responsabile del Blocco Operatorio. Dato il buon esito del confronto sulle buone pratiche per l'ottimizzazione della raccolta dei rifiuti in Sala Operatoria nelle varie riunioni del Green Team di Savigliano, si propone di coinvolgere il Dipartimento Chirurgico ai fini di condividere e diffondere le buone pratiche ai Blocchi Operatori di tutti i PP.OO. dell'ASLCN1, rendendo uniformi i comportamenti a livello Aziendale. Nella prima riunione del 03/04/2024 è stato presentato il progetto "Green Operating Room", illustrandone gli obiettivi e sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di aderire a buone pratiche di ottimizzazione dei rifiuti nei Blocchi Operatori. Nella riunione del 13/06/2024 si è provveduto ad ufficializzare la creazione del Green Team multispecialistico dell'ASLCN1 che include le Direzioni Sanitarie di Savigliano e Mondovì, i medici delle varie specialità chirurgiche afferenti ai blocchi operatori di Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 32 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. Inoltre, nella stessa riunione, sono stati programmati gli interventi formativi previsti per il mese di novembre 2024, in concomitanza con la settimana europea per la riduzione dei rifiuti, per aumentare la consapevolezza dell'importanza della tematica. E' prevista una successiva riunione conclusiva. L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce:

Creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.

La Formazione del personale è stata effettuata nelle giornate del 18 e 20 novembre 2024. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 33 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
con prot. 0104635 del 06/08/2024 il
dott. Peiretti ha inviato relazione
scritta in merito alle 'azioni di
miglioramento per prescrizione e
fornitura ausili' individuate
nell'incontro del 01/08/2024 del
'GRUPPO di LAVORO
APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA' di cui al verbale
allegato al protocollo citato
(carrozine elettroniche pieghevoli,
basculanti e altri ausili di
particolare rilevanza). Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 34 di 614

PDТА TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALЕ

Definizione PTDA
intraziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDТА con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDТА
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDТА entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

10	0
----	---

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDТА
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDТА è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 35 di 614

REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO

Collaborazione nella revisione PEIMAF (piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti) ospedali di Mondovì e Ceva, Savigliano e Saluzzo

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Revisione di tutti i PEIMAF entro dicembre 2024

-Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata revisione di tutti i PEIMAF

15	0
----	---

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che i rapporti con il Dipartimento Chirurgico sono stati al momento gestiti dalle due Direzioni Sanitarie. Sul PO di Mondovì si è deciso di validare l'impianto generale dei piani da parte della Direzione Sanitaria e del DEU prima di coinvolgere altri Dipartimenti e S.C.. Sul PO di Savigliano, sempre la Direzione Sanitaria di Presidio, si è già interfacciata nello specifico con la Chirurgia di Savigliano illustrando i cambiamenti proposti all'attuale Peimaf e nello specifico il differente ruolo ipotizzato per i dirigenti della S.C. Chirurgia ottenendo l'approvazione del Direttore Dr. Petruzzelli. Nella riunione plenaria fissata per il 01 ottobre a Levaldigi si presenteranno le varie bozze dei piani Peimaf e si coinvolgerà in modo attivo il Dipartimento Chirurgico.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot. 25669 del 24/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che i PEIMAF sono stati tutti revisionati al 31 dicembre 2024, ma necessitano di ulteriori valutazioni alla luce delle modifiche intervenute in termini di personale medico, dipartimentale (direttori) e per il coinvolgimento delle Cooperative. Seguirà coinvolgimento del Dipartimento Chirurgico per le dovute condivisioni.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 36 di 614

Direttore: **_QUERCIO MARCO**

Struttura: **DIPARTIMENTO MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	60	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 37 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
con prot. 0104635 del 06/08/2024 il
dott. Peiretti ha inviato relazione
scritta in merito alle 'azioni di
miglioramento per prescrizione e
fornitura ausili' individuate
nell'incontro del 01/08/2024 del
'GRUPPO di LAVORO
APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA' di cui al verbale
allegato al protocollo citato
(carrozine elettroniche pieghevoli,
basculanti e altri ausili di
particolare rilevanza). Obiettivo
raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che il Direttore
Dipartimento Medico Generale e
Riabilitativo ha trasmesso ai
Direttori di Distretto, ai fini del
miglioramento dell'appropriatezza
prescrittiva, la nota prot. 166817
del 17/12/2024 sulle "prescrizioni
ausili" e "sull'incontinenza
femminile urinaria non neurogena,
incontinenze post prostatectomia,
incontinenza fecale".

Nei quattro Distretti Asl sono stati
effettuati incontri con medici
specialisti e medici di medicina
generale in merito alle maggiori
criticità in tema di appropriatezza
prescrittiva durante i quali sono
state analizzate le prestazioni
segnalate dalle strutture individuate
e dalle direzioni sanitarie. Tali
incontri sono stati verbalizzati nelle

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 38 di 614

riunioni UMAD ed i verbali sono agli atti dei singoli Distretti.

PDTA TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALE

Definizione PTDA intraziendale del percorso di cura della incontinenza fecale.
 IL PTDA descrive le singole attività svolte dalla SSCC coinvolte nella gestione dei pazienti affetti dalla suddetta disabilità.
 Sono definite le risorse impiegate, le modalità di accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 30/4/2024; pubblicazione ed applicazione del PDTA entro il 31/12/2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 31/5/2024; pubblicazione del PDTA entro il 31/12/2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 30/9/2024; pubblicazione del PDTA entro il 31/12/2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 31/12/2024.

20 0

100,00 100,00

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo riferisce l'avvenuta effettuazione del primo incontro il 23 aprile 2024 a cui hanno partecipato: Dipartimento Medico Generale Riabilitativo, Dipartimento Chirurgico e Dipartimento Materno Infantile. L'oggetto dell'incontro è stato:
 -Definizione del gruppo di lavoro per la realizzazione del PDTA Trattamento Incontinenza Fecale
 -Condivisione Bozza di Flow chart Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 20/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Medicina Generale Riabilitativa riferisce che in data 23 aprile 2024 è stato effettuato il primo incontro a cui hanno partecipato Dipartimento Medico Generale Riabilitativo, Dipartimento Chirurgico e Dipartimento Materno Infantile. Il PDTA è stato pubblicato sulla INTRANET aziendale e contestualmente applicato a far data dal 17.12.2024.
 L'obiettivo è pertanto ampiamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 39 di 614

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 40 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
nell'ambito degli interventi volti al
miglioramento dell'appropriatezza
prescrittiva prestazioni, il dott.
Raviolo ha c individuato la struttura
'Terapia Antalgica'. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 41 di 614

REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI
MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E
SALUZZO

Verifica dei risultati e
valutazione appropriatezza

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): verifica dei risultati e
valutazione appropriatezza entro
dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancata verifica dei risultati e
valutazione appropriatezza

40

0

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che sono in atto
le revisioni dei vari piani PEIMAF
come dettagliato dalle mail dei
rispettivi Direttori a cui sono stati
assegnati come obiettivo. In data
02/10/2024 si terrà, a Levaldigi
presso la Sala Riunioni della S.C.
Maxiemergenza, la presentazione
dello stato dell'arte piani PEIMAF -
NBCR."

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza riferisce che i PEIMAF
sono stati tutti revisionati al 31
dicembre 2024, ma necessitano di
ulteriori valutazioni alla luce delle
modifiche intervenute in termini di
personale medico, dipartimentale
(direttori) e per il coinvolgimento
delle cooperative.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 42 di 614

Direttore: **_RISSO FRANCESCO**

Struttura: **DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 99,38 % Media 2: 0,00 %**

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 43 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5	0
---	---

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024) .
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) Il Dipartimento ha contribuito
per quanto di competenza, nel

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 44 di 614

rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) Il Dipartimento ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 45 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	0
----	---

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

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente è raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 46 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

5	0
---	---

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 3 documenti autorizzati in ritardo per mancanza di DURC. Mancata valorizzazione delle giustificazioni per i 3 documenti autorizzati in ritardo (DURC in istruttoria, partita non segnalata come bloccata).

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 47 di 614

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

40

0

100,00

100,00

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 48 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5 0

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 49 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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	0
----	---

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che
nell'ambito degli interventi volti al
miglioramento dell'appropriatezza
prescrittiva prestazioni, il dott.
Risso ha comunicato al Controllo di
Gestione di svolgere l'analisi
all'interno dei due reparti di SPDC.
Obiettivo raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 50 di 614

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche grazie alla compilazione delle schede di monitoraggio predisposte dall'Azienda al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato

5	0
---	---

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

RESPONSABILE
SS DIREZIONE
AMMINISTRATI
VA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che Budget annuo: € 871.472,15 Spesa rilevata al 30/06/2024: € 461.540,32
Il monitoraggio della spesa è al 30/06/2024 perché non sono ancora pervenuti i dati relativi al mese di luglio 2024, la cui scadenza era fissata dopo la chiusura contabile di metà agosto. Il dato di spesa è quindi quello relativo al 30 giugno e registra un incremento di spesa rispetto all'anno 2023 per gli assegni terapeutici e per le borse lavoro del SERD che potrebbe non essere compensato in diminuzione entro la fine dell'anno.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che la spesa extra lea generata dal Dipartimento di Salute Mentale nell'anno 2024 è stata pari ad € 935.136,09 (come da tabella agli atti); rispetto al budget di spesa assegnato pari ad € 871.472,15 ha generato un disavanzo di € 63.663,94. Il finanziamento regionale per la spesa extra lea anno 2024 è di € 2.096.327,49 (di cui € 14.156,68 per contributi per l'acquisto di parrucche per alopecia per utenti donne e minori, per le pile e carica batterie per i portatori di protesi cocleari). L'incremento del finanziamento ed il monitoraggio mensile hanno permesso il rispetto della spesa extra lea a livello aziendale. In accordo con la Direzione Aziendale si conferma il

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 51 di 614

raggiungimento dell'obiettivo.

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
ASSEGNATI DALLA DIREZIONE
GENERALE DELL'AO SANTA
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
----	---

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

DIREZIONE
GENERALE AO
S. CROCE

VERIFICA ANNUALE: con mail del
21/03/2025 (Prot. ASL CN1 38607
del 21/03/2025) la S.S. Controllo di
Gestione - Struttura di supporto
all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di
Cuneo - ha comunicato le
risultanze della valutazione
dell'obiettivo con raggiungimento
finale al 97%.

L'OIV DELL'AO S.
CROCE E CARLE DI
CUNEO RIFERISCE
LA PERCENTUALE
DI
RAGGIUNGIMENTO
DELL'OBIETTIVO
AL 97%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 52 di 614

Direttore: **ACCHIARDI MAURA**

Struttura: **S.S. ACQUISTI**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	50	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 53 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

50 100

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 54 di 614

Direttore: ACCIARDI MARIA GRAZIA

Struttura: S.S.D. COORDINAMENTO EMERGENZA TERRITORIALE

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 55 di 614

AZIENDA ZERO_ PIANO FERIE

Ufficializzare entro il 10 maggio 2024 il piano ferie estivo, da concordare con il Direttore della S.C. 118 territorialmente competente, finalizzato ad ottimizzare la copertura dei MSA regionali.

Valutazione a cura di Azienda Zero

40

50

100,00

100,00

AZIENDA ZERO .

VVERIFICA ANNUALE: con nota prot. 35945 del 19/03/2025 la Direzione Generale di Azienda Zero riferisce che, come dichiarato dal Dott. Silimbri (Direttore S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale 118 Cuneo), in collaborazione con la S.S.D. Coordinamento Emergenza Territoriale è stato stilato il piano ferie e autunnali ed il piano ferie residue del personale medico ACN e CCNL afferente alla S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale 118 di Cuneo come segue:
- Prot. in Uscita n. 0004481/2024 del 26/04/2024 = Trasmissione Obiettivi;
- Prot. in Entrata n. 0004549/2024 del 29/04/2024 = Trasmissione Piano Ferie;
- Prot. in Uscita n. 0004740/2024 del 03/05/2024 = Trasmissione Piano Ferie. Risposta
- Prot. in Uscita n. 0005027/2024 del 13/05/2024 = Definizione Ferie Estive 2024. Incontro
- Prot. in Entrata n. 0005189/2024 del 15/05/2024 = Trasmissione Piano Ferie 2024
- Prot. in Uscita n. 0005293/2024 del 17/05/2024 = Trasmissione Piano Ferie.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 56 di 614

AZIENDA ZERO_FORMAZIONE

Garantire almeno al 70% del personale medico la partecipazione ad un corso all'anno di Azienda Zero (reportistica a cura della SSD da inviare alla Direzione Sanitaria di Azienda Zero su base mensile).

Valutazione a cura di Azienda Zero

40

50

100,00

100,00

AZIENDA ZERO .

VERIFICA ANNUALE: con nota prot. 35945 del 19/03/2025 la Direzione Generale di Azienda Zero riferisce che, come dichiarato dal Dott. Silimbri (Direttore S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale 118 Cuneo), tutto il personale afferente alla S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale 118 di Cuneo è stato inviato, secondo le quote assegnate alle singole Centrali Operative 118, per il tramite dei Coordinatori Infermieristici e del Responsabile SSD Coordinamento Emergenza Territoriale, a partecipare agli eventi formativi dedicati al personale dell'emergenza sanitaria ed erogati da Azienda Zero. L'83,78% attualmente afferenti alla S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale 118 di Cuneo ha partecipato almeno ad un corso di formazione programmato da Azienda Zero.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 57 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 58 di 614

Direttore: AIMAR FABIO

Struttura: S.C. BILANCIO E CONTABILITA'

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 59 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Anche con riferimento alla
SS Uscite Fiscalità e Bilancio
Monitoraggio 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 o 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.

40

50

100,00

100,00

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 26/08/2024 il Direttore
della S.C. Bilancio e Contabilità
riferisce che al Punto a): Il dialogo
con i coordinatori di Macro Area è
continuo, sono presenti "tensioni di
budget" diffuse, in proiezione (es.
area DAM, FAC per manutenzioni
e spese relative al Cloud
accessorio al PNRR presso il
CED). Tali tensioni trovano
motivazione nell'andamento
inflattivo e nella richiesta di
incrementare la produzione
aziendale, con aumento dei costi
diretti (farmaci, dispositivi medici)
anche per il recupero delle liste di
attesa e della mobilità passiva.
Punto b): Il work flow dei
documenti è costantemente
monitorato e oggetto di solleciti
anche per le vie brevi. Mail del
18/03/2024 e del 2/08/2024 del
Dott. Aimar con evidenza del
monitoraggio di tutte le macro aree
e segnalazione per vie brevi sulle
fatture in ritardo, richiesta
caricamento DURC, valorizzazione
dei giustificativi.
Partecipazione alle riunioni sulle
richieste regionali, per il rispetto
delle scadenze aziendali e regionali
(es. relazioni, crediti, questionario
corte dei conti).

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
28/02/2025 il Direttore S.C.
Bilancio e Contabilità riferisce che:
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",

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 60 di 614

anche conseguenti alle rimodulazioni di spesa di cui alla DGR 9-7070 (riferimento alla relazione infrannuale, prosecuzione attività nel 2024). Vi sono stati specifici approfondimenti sulle attività di efficientamento richieste dalla Regione Piemonte per il 2024 (anziani, DM, energia, farmaci, dispositivi). Tutte le risposte richieste dalla Regione Piemonte in merito all'andamento dei conti sono state inviate nei termini.
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 richiesti dalla Regione Piemonte.

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 61 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

30 50

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 62 di 614

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	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 63 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

20

25

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono 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 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
--	--	--	----	---	--------	--------	--	--	--

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 65 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	25
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 66 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Numero di interventi vicarianti effettuati pari al 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione. -Obiettivo non raggiunto (<60%):Numero di interventi vicarianti effettuati inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.	15	25	100,00	100,00	DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE	VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che la Struttura collabora attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli. VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha mantenuto attività integrate/vicarianti in diversi ambiti, in particolare nelle commissioni della Medicina Legale. Sono state effettuate attività congiunte o vicarianti nell'ambito dei progetti	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	25	25	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 121,4	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 67 di 614

Direttore: **ANTONIONO ELENA**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	35	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	40	50	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 106,9.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 68 di 614

PDТА TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALЕ

Definizione PTDA
intraziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDТА con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDТА
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDТА entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

25

50

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDТА
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDТА è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 69 di 614

Direttore: **ARDUINO GIUSEPPE**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 70 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

20	30
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 71 di 614

PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DI PAZIENTI ONCOLOGICI

Stesura della procedura per il supporto psicologico e psicoterapico per pazienti oncologici, sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero (Savigliano e Mondovì).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura e pubblicazione della procedura entro il 31/12/2024
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata stesura della procedura.

25

35

100,00

100,00

RESPONSABILE SSD SERVIZIO DI PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108061 del 16/08/2024 il Direttore S.S.D. Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo riferisce che sono state effettuate due riunioni di preparazione della stesura della procedura (25 marzo e 14 agosto 2024) ed è stata redatta una prima bozza della procedura. E' previsto un ulteriore incontro per l'11 settembre con tutti gli psicologi dell'area psiconcologica. Il percorso e le tempistiche di costruzione della procedura sono in linea con quanto previsto e si prevede di raggiungere l'obiettivo entro il 31/12/2024.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 15241 del 03/02/2025 il Direttore S.S.D. Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo riferisce che la procedura è stata completata ed pubblicata sul sito <http://intracn1/index.php?id=4813> come "PSdsm012 Supporto psicologico e psicoterapico per pazienti oncologici adulti". La pubblicazione a cura del Servizio Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità - Funzione Ufficio Qualità è stata comunicata al Servizio con mail del 16/12/2024.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 72 di 614

PROCEDURA RICONOSCIMENTO
PRECOCE DEI DISTURBI DELLO
SPETTRO AUTISTICO

Stesura della procedura per
l'individuazione precoce di
bambini (fratellini di bambini
con autismo) a rischio per
disturbi del neurosviluppo.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Stesura e pubblicazione della
procedura entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%): Mancata stesura della
procedura

25	35
----	----

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

RESPONSABILE
SSD SERVIZIO
DI PSICOLOGIA
E
PSICOPATOLOGIA
DELO
SVILUPPO

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108061 del 16/08/2024 il
Diretto S.S.D. Servizio di
Psicologia e Psicopatologia dello
Sviluppo riferisce che sono state
effettuate due riunioni, il 17 maggio
e il 21 giugno ed è stata redatta
una prima bozza della procedura.
Nella riunione del 21 maggio, era
presente in remoto anche la
dott.ssa Maria Luisa Scattoni,
dell'Istituto Superiore di Sanità, con
l'obiettivo di rendere la procedura
aziendale - per l'individuazione
precoce di bambini (fratellini di
bambini con autismo) a rischio per
disturbi del neurosviluppo -
coerente con le indicazioni
nazionali sull'argomento. Il
percorso e le tempistiche di
costruzione della procedura sono in
linea con quanto previsto e si
prevede di raggiungere l'obiettivo
entro il 31/12/2024.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
prot. 15241 del 03/02/2025 il
Direttore S.S.D. Servizio di
Psicologia e Psicopatologia dello
Sviluppo riferisce che la procedura
è stata completata ed pubblicata
sul sito
<http://intracn1/index.php?id=4813>
come "PSDSM011 Procedura per il
riconoscimento precoce dei disturbi
dello spettro autistico: percorso di
sorveglianza fratellini di bambini
con autismo". La pubblicazione a
cura del Servizio Formazione
Sviluppo delle Competenze e
Qualità - Funzione Ufficio Qualità è
stata comunicata al Servizio con
mail del 16/12/2024.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 73 di 614

Direttore: **BAFUMO GIUSEPPE**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	100	100	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 74 di 614

Direttore: BALOCCO ROBERTO

Struttura: S.C. AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 75 di 614

AUDIT FINALIZZATO ALLA
VERIFICA DELL'EFFETTIVA
ATTUAZIONE DELLA MAPPATURA
DEI PROCESSI/SOTTO-PROCESSI
IN AMBITO DI PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE O MALA
AMMINISTRAZIONE

Verifica presso le strutture
interessate sull'effettiva
attuazione di un processo di
competenza, scelto in
accordo con il Direttore di
ciascuna Struttura

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Realizzazione di n. 3 Audit
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Realizzazione
di n. 2 Audit
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Realizzazione di n.
1 Audit
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Nessun Audit realizzato

10	15
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 il Direttore
della SC Affari Generali e controlli
interni riferisce che alla data del
25/06/2024 sono stati realizzati n. 2
Audit.
In particolare, sono state effettuate
due verifiche dell'effettiva
attuazione delle procedure sulla
gestione delle "Attività conseguenti
al DECESSO in ambito
ospedaliero" e sulla "Vestizione
delle salme in caso di DECESSO
nelle Strutture dell'ASL CN1",
presso le Direzioni Sanitarie
Ospedaliere di Savigliano e
Mondovì, acquisite con Prot. n.
83927 del 20 giugno 2024 e Prot.
n. 85648 del 25 giugno 2024.
Pertanto, al 30/06/2024, il Servizio
appare in linea con il
raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
16/01/2025 il Direttore della S.C.
Affari Generali e Controlli Interni
riferisce che alla data del
25/06/2024 sono stati realizzati n. 2
Audit.
In particolare, sono state effettuate
due verifiche dell'effettiva
attuazione delle procedure sulla
gestione delle "Attività conseguenti
al DECESSO in ambito
ospedaliero" e sulla "Vestizione
delle salme in caso di DECESSO
nelle Strutture dell'ASL CN1",
presso le Direzioni Sanitarie
Ospedaliere di Savigliano e
Mondovì, acquisite con Prot. n.
83927 del 20 giugno 2024 e Prot.
n. 85648 del 25 giugno 2024. In
data 12/11/2024 è stato realizzato
il 3° audit con la collaborazione del
Dipartimento di
Prevenzione/Direzione Amm.va

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 76 di 614

BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10 15

100,00 100,00

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

della Prevenzione, relativo alla "Attività di controllo ufficiale nelle materie di competenza Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di origine animale - Area B", come risulta dal verbale/Check list acquisito al protocollo aziendale al n. 148628 del 12/11/2024. L'obiettivo risulta, pertanto, pienamente raggiunto.

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 77 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	15
----	----

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

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 78 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 79 di 614

CONTROLLO SUCCESSIVO DI
REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA
DELLE DETERMINAZIONI
AZIENDALI

Controllo a campione (4%),
mediante estrazione
casuale, delle determinazioni
delle strutture aziendali
comportanti spesa, ad
esclusione di quelle già
trasmesse al Collegio
Sindacale per il controllo
preventivo. Trasmissione
delle risultanze alla Direzione
Amministrativa ed al Collegio
Sindacale.
Il controllo è correlato alle
misure a disposizione del
RPCT finalizzate a prevenire
i rischi di corruzione ed a
ricondere nell'alveo della
regolarità amministrativa
l'attività provvedimentale
dell'Ente.

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Controllo effettuato sul 4%
degli atti soggetti al controllo annuale
(2023)
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Controllo
effettuato >3% - <4% degli atti
soggetti al controllo annuale (2023)
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Controllo effettuato
>2% - <3% degli atti soggetti al
controllo annuale (2023)
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Controllo effettuato <2% degli atti
soggetti al controllo annuale (2023)

10	15
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 il Direttore
della SC Affari Generali e Controlli
Interni riferisce che in data
17/07/2024 si sono riuniti:
- BALOCCO ROBERTO, direttore
SC Affari Generali e Controlli
Interni;
- CUCCO CLAUDIA, dirigente SC
Affari Generali e Controlli Interni;
- CAMPANA TIZIANA, funzionario
SC Affari Generali e Controlli
Interni;
- MANA LORENZO, funzionario SC
Affari Generali e Controlli Interni;
per procedere all'individuazione
degli atti da sottoporre al controllo
previsto al punto A1.3 del Piano
Attuativo di Certificabilità del
Bilancio dell'ASL CN1 ed in
conformità al regolamento
approvato con
deliberazione n. 348 del 28 maggio
2021 e s.m.i.
I provvedimenti da sottoporre a
controllo sono stati estrapolati e
suddivisi per Struttura in apposite
tabelle ad opera dell'Ufficio
Delibere, al fine di consentire
l'equo controllo su tutti i Servizi.
Le risultanze delle operazioni
suddette sono contenute nel
Verbale acquisito al protocollo
aziendale al n. 100427 del
29/07/2024.
A partire da tale data, sono iniziati i
controlli dei provvedimenti
individuati, in totale 67, che si
concluderanno entro fine anno.
Allo stato dell'arte, il Servizio
appare in linea con il
raggiungimento dell'obiettivo.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 80 di 614

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 17/07/2024, nell'ufficio del Direttore della SC Affari Generali e Controlli Interni, si sono riuniti: BALOCCO ROBERTO, Direttore SC Affari Generali e Controlli Interni, CUCCO CLAUDIA, Dirigente SC Affari Generali e Controlli Interni, CAMPANA TIZIANA, Funzionario SC Affari Generali e Controlli Interni, MANA LORENZO, Funzionario SC Affari Generali e Controlli Interni, per procedere all'individuazione degli atti da sottoporre al controllo previsto al punto A1.3 del Piano Attuativo di Certificabilità del Bilancio dell'ASL CN1 ed in conformità al regolamento approvato con deliberazione n. 348 del 28 maggio 2021 e s.m.i. I provvedimenti da sottoporre a controllo sono stati estrapolati e suddivisi per Struttura in apposite tabelle ad opera dell'Ufficio Delibere, al fine di consentire l'equo controllo su tutti i Servizi. Le risultanze delle operazioni suddette sono contenute nel Verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 100427 del 29/07/2024. A partire da tale data, sono iniziati i controlli dei provvedimenti individuati, in totale 67, che si sono conclusi entro fine anno. Di tale attività è stato redatto apposito verbale, acquisito al protocollo aziendale al n. 171324 del 30/12/2024, trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Collegio Sindacale allegato alle schede relative a ciascun provvedimento esaminato. L'obiettivo risulta, pertanto, pienamente raggiungimento.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 81 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Supporto e verifica della
corretta predisposizione del
piano di fascicolazione e
relativa condivisione

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Supporto alla predisposizione
del piano di fascicolazione dei
documenti ad almeno il 90% dei
Servizi coinvolti entro il 31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Supporto alla
predisposizione del piano di
fascicolazione dei documenti ad
almeno il 75% dei Servizi coinvolti
entro il 31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Supporto alla
predisposizione del piano di
fascicolazione dei documenti ad
almeno il 60% dei Servizi coinvolti
entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Supporto alla predisposizione del
piano di fascicolazione dei documenti
inferiore al 60% al 31/12/2024

20

25

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 il Direttore
della SC Affari Generali e controlli
interni riferisce che il Servizio ha
tenuto appositi incontri con le
Strutture aziendali per valutare
l'organizzazione della
fascicolazione, raccogliere le
segnalazioni e offrire la
disponibilità a collaborare a chi ne
faccia richiesta, in linea con il
raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
16/01/2025 il Direttore della S.C.
Affari Generali e Controlli Interni
riferisce che il Servizio ha tenuto
appositi incontri con le Strutture
aziendali per valutare
l'organizzazione della
fascicolazione, raccogliere le
segnalazioni e offrire la
disponibilità a collaborare a chi ne
facesse richiesta.
Ha quindi provveduto a verificare
l'effettiva fascicolazione adottata
dai Servizi, in base alla loro
organizzazione.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 82 di 614

PROGETTO PILOTA PER LA
DEMATERIALIZZAZIONE DEI
CONTROLLI UFFICIALI (CU)
SVOLTI DAI SERVIZI DI
SICUREZZA ALIMENTARE

Progetto pilota per la
dematerializzazione dei
controlli ufficiali (CU)
a)Predisposizione in
GISMASTER di un template
di verbale editabile per
l'esecuzione delle attività di
CU (ex art. 13 reg. UE
625/17), creazione di cartella
condivisa per archiviazione e
definizione di sistema di invio
via PEC del verbale all'OSA
b)configurazione/acquisto di
materiale informatico per
l'apposizione di firma
grafometrica e per la
connessione (software, PC,
tablet ecc..)
c)Sperimentazione operativa

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 20 verbali.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 10 verbali.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 4 verbali.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
a.Incompleta predisposizione in
GISMASTER di un template di verbale
editabile, cartella condivisa e sistema
di invio via PEC
b.Incompleta configurazione/acquisto
di un supporto in informatico per
struttura
c.Mancata sperimentazione operativa.

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che
nei primi mesi la Struttura è stata
aggiornata sull'andamento del
progetto, sarà coinvolta
operativamente nella fase di
allineamento con il sistema
Gismaster.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
La Struttura, costantemente
aggiornata sull'andamento del
progetto, ha contribuito alla
realizzazione dell'obiettivo
soprattutto attraverso
l'allineamento a GisMaster .
Il progetto si è articolato in diverse
fasi, con i seguenti risultati:
a) è stato predisposto un template
di verbale ex art.13 reg.UE 625/17,
in formato editabile, sono stati
analizzati gli aspetti giuridici
dell'apposizione delle firme grafica
e digitale, sono stati realizzati
automatismi di inserimento del
verbale in Gismaster e reattiva
classificazione e fascicolazione
b) il materiale (laptop) è stato
acquistato con fondi PNC dedicati
c) la sperimentazione è stata
condotta per un totale di 20 verbali
attraverso l'utilizzo di materiale
provvisorio (i nuovi laptop

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 83 di 614

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:** 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 84 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

50 100

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 85 di 614

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
ASSEGNATI DALLA DIREZIONE
GENERALE DELL'AO SANTA
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
21/03/2025 (Prot. ASL CN1 38607
del 21/03/2025) la S.S. Controllo di
Gestione - Struttura di supporto
all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di
Cuneo - ha comunicato le
risultanze della valutazione
dell'obiettivo con raggiungimento
finale al 100%.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 86 di 614

Direttore: BARBERO LUIGI DOMENICO

Struttura: S.C. DISTRETTO SUD-OVEST

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,95 % Media 2: 100,00 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 87 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5

10

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 88 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 89 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 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 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronti su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 90 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	10
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 10 documenti autorizzati in ritardo, 6 per firma e 4 per mancanza di DURC. Mancata valorizzazione delle giustificazioni per i 4 documenti autorizzati in ritardo (DURC in istruttoria, partita non segnalata come bloccata).

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 91 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 92 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 93 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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

5

15

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che la
Struttura Collabora all'attività di
analisi, individuazione criticità e
tenuta rapporti con i MMG/PLS.
Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 94 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

15 15

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
potranno essere necessari
approfondimenti anche alla luce
degli incrementi di costo
conseguenti all'applicazione delle
indicazioni regionali contenute nella
DGR 38/2024. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che la valutazione è
effettuata a livello dipartimentale.
Sono stati tenuti in considerazione i
seguenti fattori che non erano
prevedibili in fase di assegnazione
del budget:
- Incremento del 3,5% sulle
strutture residenziali di cui alla
DGR 27 maggio 2024, n. 38-8654
- Incremento degli inserimenti nelle
strutture residenziali per anziani
sull'area di Cuneo e Mondovì
richiesto dalla Direzione
- Aumento della spesa
farmaceutica convenzionata anche
in conseguenza dell'elevato
numero di farmacie a basso
fatturato e farmacie rurali
sussidiate con riconoscimento
dell'indennità di residenza che, con
la nuova remunerazione introdotta
a partire da marzo 2024, godono di
una quota fissa aggiuntiva. Si
evidenzia tuttavia che il valore di
spesa farmaceutica lorda pro-
capite risulta essere decisamente
inferiore rispetto alla media
regionale.
Punteggio scheda 95,2: sono stati
riconteggiati i risultati degli

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 95 di 614

indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG). Il conteggio è stato fatto complessivamente sul dipartimento.

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche grazie alla compilazione delle schede di monitoraggio predisposte dall'Azienda al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS DIREZIONE
AMMINISTRATI
VA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che Budget annuo: € 464.285,45 Spesa rilevata al 31/07/2024: € 253.666,77 L'andamento della spesa, rilevato al 31/07/2024, del Distretto Sud Ovest è in linea con l'anno 2023 e non presenta al momento criticità.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che la spesa extra lea generata dal Distretto Sud Ovest nell'anno 2024 è stata pari ad € 415.534,51 (come da tabella agli atti) e rispetto al budget di spesa assegnato pari ad € 464.285,45 ha generato un avanzo di € 48.750,94.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 96 di 614

STANDARDIZZAZIONE
PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD
NEI DISTRETTI

Costituzione di una UMVD
minori unica a livello
aziendale

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Strutturazione UMVD minori
unica entro giugno 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Strutturazione
UMVD minori unica entro giugno
2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Strutturazione UMVD
minori unica entro luglio 2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):Strutturazione UMVD minori
unica entro settembre 2024

10	15
----	----

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

DIREZIONE
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 03/09/2024 il Direttore
Sanitario riferisce che a seguito di
nota prot. 0087112 del 28/06/2024
è stata individuata la figura
sanitaria di coordinamento
(operatore unico trasversale ai
dipartimenti) e le due figure
amministrative di supporto. Sono
state condivise le modalità di
partecipazione alle sedute collegiali
distrettuali e le procedure di
valutazione, al fine di
standardizzare le risposte ai
bisogni assistenziali specifici.
L'obiettivo è considerato raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: si conferma
la valutazione espressa nella
verifica infrannuale. Obiettivo
pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 97 di 614

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	% 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 98 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

20	35
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e Controlli Interni riferisce che In data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 99 di 614

GREEN OPERATING ROOM

a) Coordinamento nell'ottimizzazione della raccolta rifiuti in Sala Operatoria.
b) Identificazione di procedure virtuose da applicare al Blocco Operatorio all'interno del Green Team e creazione corsi di formazione per il personale di Sala Operatoria.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine giugno ed esecuzione di almeno 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine [OLD ottobre] novembre.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine settembre ed esecuzione di < 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine dicembre.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine dicembre ed esecuzione di 1 riunione del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano entro fine dicembre.
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
a) Mancata creazione del Green Team multispecialistico;
b) Mancata formazione del personale del blocco operatorio.

25 30

100,00 100,00

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 21/08/2024, il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce che il Green Team nasce nel 2023 su iniziativa della Chirurgia Generale di Savigliano che, in occasione di una tesi di Specializzazione ed in collaborazione con la AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, riunisce un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di operatori del Blocco Operatorio di Savigliano, insieme con la Direzione Sanitaria di Presidio di Savigliano come responsabile del Blocco Operatorio. Dato il buon esito del confronto sulle buone pratiche per l'ottimizzazione della raccolta dei rifiuti in Sala Operatoria nelle varie riunioni del Green Team di Savigliano, si propone di coinvolgere il Dipartimento Chirurgico ai fini di condividere e diffondere le buone pratiche ai Blocchi Operatori di tutti i PP.OO. dell'ASLCN1, rendendo uniformi i comportamenti a livello Aziendale. Nella prima riunione del 03/04/2024 è stato presentato il progetto "Green Operating Room", illustrandone gli obiettivi e sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di aderire a buone pratiche di ottimizzazione dei rifiuti nei Blocchi Operatori. Nella riunione del 13/06/2024 si è provveduto ad ufficializzare la creazione del Green Team multispecialistico dell'ASLCN1 che include le Direzioni Sanitarie di Savigliano e Mondovì, i medici delle varie specialità chirurgiche afferenti ai blocchi operatori di Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 100 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. Inoltre, nella stessa riunione, sono stati programmati gli interventi formativi previsti per il mese di novembre 2024, in concomitanza con la settimana europea per la riduzione dei rifiuti, per aumentare la consapevolezza dell'importanza della tematica. E' prevista una successiva riunione conclusiva. L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce:

Creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.

La Formazione del personale è stata effettuata nelle giornate del 18 e 20 novembre 2024. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 101 di 614

PDTA TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALE

Definizione PTDA
intraziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDTA con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDTA
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDTA entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

25

35

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDTA
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDTA è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 102 di 614

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	% 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 103 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	15	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 82,14%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 104 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 105 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 87,36% (Sono esclusi i deceduti e il nido)
 VPS: 97,11% pediatrico 98,53% obi ped. (Sono esclusi i deceduti e i solventi)

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 106 di 614

livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 107 di 614

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
OSPEDALE-TERRITORIO NEL
PERCORSO NASCITA

Istituzione di incontri
trimestrali per condivisione e
confronto tra gli specialisti
ospedalieri e
ambulatoriali del
Dipartimento Materno
Infantile su temi generici e
specifici relativi al percorso
nascita.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): -Obiettivo pienamente
raggiunto (100%): Incontri 4/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): -Obiettivo
sostanzialmente raggiunto (>95% fino
a <100%): Incontri 3/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): -Obiettivo
parzialmente raggiunto (>60% fino a
95%): Incontri 2/4 entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Incontro 1/4 entro il 31/12/2024.

10	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che sono state svolte le
seguenti attività:
- effettuato primo incontro in data
18/6/24
- calendarizzate riunioni successive
per le giornate del 8/10-4/11 e
ultimo incontro nel mese di
dicembre
- ridefinita composizione Comitato
percorso nascita
- definita la metodologia di lavoro
(almeno 2 incontri in presenza)
- identificati i temi prioritari ed
affrontabili (presa in carico fragilità
psicologiche e sociali e progetto
home visiting)

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
30/01/2025 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che dopo il primo incontro
effettuato in data 18/6 e già
indicato in precedente verifica sono
stati effettuati i successivi tre
incontri programmati in data 8/10 in
presenza, 4/11 condivisione da
remoto e 11/12 in presenza.
Durante l'incontro dell'8 ottobre si è
identificato come tema prioritario
su cui ipotizzare un progetto
quello dell'home visiting e si sono
costituiti gruppi di lavoro per
lavorare su temi specifici. In data
4/11 i vari gruppi hanno condiviso il
materiale prodotto che è servito per
stilare il progetto presentato e
discusso in plenaria nell'ultimo
incontro dell'11/12. Di ogni incontro
è stato stilato verbale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 108 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

30	30
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
potranno essere necessari
approfondimenti anche alla luce
degli incrementi di costo
conseguenti all'applicazione delle
indicazioni regionali contenute nella
DGR 38/2024. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 103,7.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 109 di 614

PERCORSI CURE PALLIATIVE
PEDIATRICHE

Percorsi terapeutici condivisi con Cure Palliative Domiciliari ASL CN 1, Cure Palliative Pediatriche ed Isola di Margherita OIRM, Pediatri di Libera Scelta con progettualità intraospedaliera, di consulenza al di fuori della nostra realtà Ospedaliera di Savigliano ed Azienda Zero in ambito Regionale.
Indicatore: numero di pazienti che hanno potuto accedere ad un percorso terapeutico con finalità palliativa condiviso e con mobilità bidirezionale (Hub verso Spoke e viceversa)

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): 90% dei pazienti con percorso condiviso
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): 70% dei pazienti con percorso condiviso
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): 40% dei pazienti con percorso condiviso
-Obiettivo non raggiunto (<60%): nessun paziente con percorso condiviso

10	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che sono stato attivato percorso con un primo gruppo di 4 pazienti con il coinvolgimento di Isola Margherita OIRM, ASO Cuneo, CurePalliative Domiciliari ASL e PPLS. Il percorso ha avuto il pieno consenso delle famiglie. Progettata inoltre formazione in materia con Azienda Zero.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 30/01/2025 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che in data 04/10/2024 presso l' Azienda Sanitaria Locale TO4 di Ivrea si è svolto il Convegno residenziale dal titolo: Le reti locali di cure palliative in Piemonte avente come Provider l' ASL TO4 e come Responsabile Scientifico il dr. Giuseppe Naretto che è il Responsabile del Coordinamento del Gruppo Tecnico Regionale di Cure Palliative in Azienda Zero (comprendente la Rete di Cure Palliative Pediatriche e non). Il coinvolgimento da parte del dr. Bruno Durbano (ASL CN1 - Responsabile dell' Hospice e delle Cure Palliative territoriali), della Dott.ssa Basso, ha permesso di condividere la bozza di indicazione progettuale in ambito regionale sottolineando nel mondo pediatrico i seguenti obiettivi: 1) la presenza di un percorso specifico per la gestione dei pazienti pediatrici all' interno delle reti locali di cure palliative ; 2) la presa in carico, da parte di equipe specialistiche afferenti alla Rete Regionale, di cure palliative

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 110 di 614

pediatriche. In tale documento si sottolinea come la RLCP si avvalga dei Pediatri di Libera Scelta per l'attivazione del Percorso Domiciliare di cure palliative di base e specialistiche mentre il percorso residenziale si avvale di un Centro Regionale di riferimento (Hospice pediatrico Isola Margherita presso OIRM e delle strutture complesse di Pediatria degli Ospedali delle singole ASL in analogia a quanto previsto dal DPCM n. 65 del 2017 art. 38. Nel lavoro sincrono tra le varie figure professionali sovraccitate nell'anno 2024 tutti i pazienti che hanno avuto necessità di avvalersi di Cure Palliative Pediatriche hanno ricevuto risposta a tale bisogno.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 111 di 614

Direttore: **BENEDETTI VALENTINA**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 112 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	15	30	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che nel 2024 non ci sono ambulatori attivi, pertanto non vi è attività valutabile.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 113 di 614

pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 114 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	30
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 98,70%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 115 di 614

				considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.	
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<div>40</div> <div>40</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<div>RESPONSABILE SS</div> <div>CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda: 107,4.</div> <div>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</div>

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 116 di 614

Direttore: **BIANCO GIUSEPPE**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 117 di 614

CONTENIMENTO DELLA SPESA
 (NOTA REGIONALE PROT. 163416
 DEL 19/12/2023) - DISPOSITIVI
 MEDICI

Rispetto delle quote di
 mercato indicate da SCR
 nelle gare di appalto per i
 DM impiantabili: Protesi
 d'anca, Stent, Pace-Maker e
 Defibrillatori.
 Tenuta registro dispositivi
 impiantati suddivisi per lotto
 e invio trimestrale alla S.C.
 Logistica e DAPO del
 prospetto riepilogativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): Rispetto delle tempistiche di
 invio dei prospetti e delle % della
 quota di mercato
 -Sostanzialmente raggiunto (>95%
 fino a <100%). Rispetto delle
 tempistiche di invio del prospetto,
 mancato rispetto delle % della quota
 di mercato con giustificativo degli
 scostamenti
 -Parzialmente raggiunto (>60% fino
 95%): Rispetto delle tempistiche di
 invio del prospetto, mancato rispetto
 delle % della quota di mercato senza
 giustificativo degli scostamenti
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Mancato rispetto delle tempistiche di
 invio del prospetto, mancato rispetto
 delle % della quota di mercato senza
 giustificativo degli scostamenti

15	20
----	----

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

RESPONSABILE
 SS
 CONTROLLO DI
 GESTIONE,
 FLUSSI
 INFORMATIVI E
 ATTIVITA'
 STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
 mail del 31/08/2024 la
 Responsabile della S.S. Controllo
 di Gestione, Flussi informativi e
 Attività Strategiche riferisce che
 sono in corso approfondimenti con
 il Direttore Sanitario e i servizi
 aziendali di competenza. Obiettivo
 sostanzialmente raggiunto (98%).

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
 10.03.2025 la Responsabile della
 S.S. Controllo di Gestione, Flussi
 informativi e Attività Strategiche
 riferisce che In corso d'anno SCR
 ha eliminato le indicazioni delle
 percentuali di acquisti obbligatori in
 accordo quadro. Il servizio ha
 effettuato la tenuta del registro
 trimestrale come da indicazioni. Ha
 inoltre collaborato proattivamente,
 con il Controllo di Gestione e il
 Di.P.Sa, ad analizzare i risultati

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 118 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Avvio utilizzo procedura informatica OPERA per referti ambulatoriali e firma digitale da aprile 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale su almeno il 70% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale compresa tra il 55% e il 69% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale compresa tra il 40% e il 54% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale < al 40% dei referti 	10	20	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 56,56%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	--	---	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 119 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 120 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	20
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 98,10%. (Sono esclusi i deceduti)
 VPS: 93,09%. (Sono esclusi i deceduti e i solventi)

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 121 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 122 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

10	20
----	----

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

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 123 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
 L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
 - 03/04/2024
 - 13/06/2024
 - 03/12/2024.
 L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo 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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
 Punteggio scheda 97,9.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 124 di 614

Direttore: **BIANCO MARIA LUISA**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE	a) Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità e della Regione. Verifica sulla tempestiva liquidazione delle fatture. b) Effettuazione di riunioni mensili/bimestrali, anche alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio e dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Osservanza delle indicazioni fornite; b) Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Risposta alle indicazioni fornite migliorabile; b) Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comunque consentito gli adempimenti necessari; b) Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti; - Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Mancata risposta o risposta tardiva alle indicazioni fornite/ritardi nella liquidazione. La mancata risposta ha comportato l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali; b) Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.	20	25	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente. VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 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	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 125 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini.
Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi.
Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

20

25

100,00

100,00

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini come descritto nello specifico per ogni responsabile del budget di TER. Mancata valorizzazione delle giustificazioni per i documenti autorizzati in ritardo (DURC in istruttoria, partita non segnalata come bloccata) come descritto per i budget specifici di TER.

VERIFICA ANNUALE: l'obiettivo rientra nelle specifiche dell'obiettivo "Budget trasversale e Compliance" a cui pertanto la valutazione è da ritenersi ricondotta.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 126 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 127 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	25
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e Controlli Interni riferisce che In data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 128 di 614

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Monitoraggio delle Strutture territoriali nel rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Monitoraggio sul rispetto della ripartizione interna del budget da parte di tutte le Strutture coinvolte
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato monitoraggio sul rispetto del budget assegnato

20	25
----	----

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

RESPONSABILE
SS DIREZIONE
AMMINISTRATI
VA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 54869 del 19/04/2024, la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale ha inviato le tabelle per il monitoraggio della spesa extra lea. Con mail del 07/06/2024 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale ha inviato le tabelle del monitoraggio spesa extra lea del primo quadrimestre 2024 relative ai DISTRETTI e a DSM. Con lettera Prot. 0114444 in data 02/09/2024 la Responsabile della SS Direzione Amministrativa Territoriale attesta l'avvenuto monitoraggio delle Strutture Territoriali nel rispetto della ripartizione interna del budget assegnato.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce l'effettuazione del monitoraggio come da schede periodo gennaio - dicembre 2024 agli atti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 129 di 614

Direttore: **BLANGETTI ILARIA**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 130 di 614

ELABORAZIONE PROFILI DI ESAMI
EMATOCHIMICI PER I PAZIENTI
RICOVERATI IN RIANIMAZIONE

Stesura di differenti tipologie
di profili di esami
ematochimici da effettuare
nei pazienti ricoverati in
rianimazione in base alla
diagnosi di ingresso e alle
insufficienze d'organo
rilevate.

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Stesura dei profili entro il
15/11/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Stesura dei
profili entro il 30/11/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Stesura dei profili
entro il 15/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancata stesura dei profili al
31/12/2024

10

20

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che con mail del
14/08/2024 la Dott.ssa Blangetti
comunica che nella riunione di
reparto del 9/4/2024 è stato
presentato l'obiettivo specifico,
costituito il gruppo di lavoro e
identificati i Medici : Dr.Valesano,
Dr.ssa Nicoletti, Dr.ssa Bruno.
Iniziale stesura dei profili in bozza
in valutazione congiunta con la
Rianimazione di Savigliano.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza riferisce che i profili sono
stati validati dal Responsabile
Sostituto SS Laboratorio Analisi -
Dr.ssa Bombaci e sono stati messi
in uso in entrambe le Rianimazioni.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 131 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 100%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 132 di 614

considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto ($<60\%$): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60 .

15	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo è raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
Punteggio scheda 109,7.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 133 di 614

REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO

Revisione PEIMAF (piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti) ospedali di Mondovì (e Ceva)

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): PEIMAF MONDOVI E CEVA revisionati entro il 15 novembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): PEIMAF MONDOVI E CEVA revisionati entro il 30 novembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): PEIMAF MONDOVI E CEVA revisionati entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata revisione dei PEIMAF MONDOVI E CEVA al 31 dicembre 2024

10	15
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che la Dott.ssa Blangetti con mail del 14.08.2024 ha comunicato che durante la riunione di reparto del 09/04/2024 è stato presentato l'obiettivo specifico., costituito il gruppo di lavoro .Per la Rianimazione i medicl identificati sono: Dr Tealdi, Dr Valesano (nello specifico PEIMAF NBCR). 21/5/2024: riunione congiunta con il Presidio di Savigliano. In data 30/5, 5/6 e 3/7/ 2024: incontri del gruppo di lavoro di Mondovì. Iniziale stesura del documento in bozza dopo confronto con la Direzione Sanitaria, con il DEA-Medicina d'Urgenza e con il DIPSA.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot. 25669 del 24/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che I PEIMAF sono stati tutti revisionati al 31 dicembre 2024, ma necessitano di ulteriori valutazioni alla luce delle modifiche intervenute in termini di personale medico, dipartimentale (direttori) e per il coinvolgimento delle Cooperative.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 134 di 614

REVISIONE PROCEDURA
EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA

Revisione procedura
"IODSP018 gestione del
numero 2222 emergenza
intraospedaliera" e
"PSDSP019 gestione carrello
delle emergenze"

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): revisione procedura e check
list entro il 31 ottobre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): revisione
procedura e check list entro il 15
novembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): revisione procedura
e check list entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancata revisione e check list entro il
31 dicembre 2024

15	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che la Dott.ssa
Blangetti con mail del 14.08.24 ha
comunicato che durante la riunione
di reparto del 09/4/2024 è stato
presentato l'obiettivo specifico ed è
stato costituito il gruppo di lavoro.
Medici identificati: procedura
IODSP018 Dr.sse Gallo (Mondovi)
e Violi (Ceva) , procedura
PSdsp019 Dr. Cannone . Check list
Carrello di emergenza MODdsp068
(correlata alla PSdsp019)
revisionata ad APRILE 2024 e
pubblicata sul sito intranet
aziendale. Realizzato corso FAD
del Corso MET (Medical
Emergency Team): attivare il 2222
e svolte in data 23/4/2024 le prime
2 edizioni pratiche programmate.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza riferisce che le revisioni
della IODSP018 GESTIONE
NUMERO 2222 EMERGENZA
INTRA-OSPEDALIERA e della
PSDSP004 PIANO DI RISPOSTA
ALLE EMERGENZE
INTRAOSPEDALIERE sono state
inviate alle Qualità e sono state
pubblicate sulla intranet aziendale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 135 di 614

STESURA PROTOCOLLO DI
ANALGESIA POSTOPERATORIA

Stesura protocollo per la gestione del dolore postoperatorio mirato all'ottimizzazione terapeutica e all'applicazione nel percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nelle diverse specialità chirurgiche.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura del protocollo entro il 15/11/2024
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Stesura del protocollo entro il 30/11/2024
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Stesura del protocollo entro il 15/12/2024
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata stesura del protocollo al 31/12/2024

10 15

100,00 100,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che con mai del 14/08/2024 la Dott.ssa Blangetti ha comunicato quanto segue: 9/4/2024 Riunione di reparto con presentazione dell'obiettivo specifico e costituzione del gruppo di lavoro .Medici identificati Mondovì suddivisi per specialità: Ginecologia Dr.ssa Botto - Dr Parola, Ortopedia: Dr Salvo - Dr. Cannone, Urologia: Dr.sse Bruno - Bracco, Chirurgia generale: Dr. Fenoglio - Dr.ssa Tenio, Bariatrica: Dr. Risoli - Dr.Salvo, Pediatria: Dr.ssa Gallo. Revisione della letteratura in corso. Maggio 2024: pubblicazione PsDTA INTERAZIENDALE013 Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave (incontri in data 17/1,21/2,20/3), particolare riferimento al protocollo ERASb. Riunioni per PDTA ERAS in ortopedia in data 25/1 e 4/4: iniziale stesura in bozza del PDTA. 7/6/24: Svolta la prima edizione dell'evento "Progetto ERAS in Chirurgia Ortopedica.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot. 25669 del 24/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che i vari protocolli sono stati inviati alla Qualità e sono stati pubblicati sulla intranet aziendale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 136 di 614

Direttore: BOMBACI JESSICA CONCETTA (Resp. Sostituito dal 01/05/2024) - QUATELA MICHELA (fino al 30/04/2)

Struttura: S.S. LABORATORIO ANALISI ASL CNI

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 137 di 614

FIRMA DIGITALE_SERVIZI

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LIS, RIS, AP.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 95% =100% dei referti
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale > 90% fino a 95% dei referti
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 85% fino a 90% dei referti
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 85% dei referti.

35	50
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE:Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Paddi del mese di luglio è pari al 100%

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).

L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.

Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.

Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 138 di 614

pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo 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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
Punteggio scheda 100

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 139 di 614

Direttore: BRUNETTI CARLO

Struttura: S.C. FARMACIA OSPEDALIERA

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,88 % Media 2: 100,00 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 140 di 614

BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

25 30

100,00 100,00

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali (incremento della produzione, progressiva cronicizzazione della popolazione, nuove terapie) ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 141 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

25	30
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 116 documenti autorizzati in ritardo, 110 per firma e 6 per mancanza di DURC. Mancata valorizzazione delle giustificazioni per i 6 documenti autorizzati in ritardo (DURC in istruttoria, partita non segnalata come bloccata).

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 142 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

EFFICIENTAMENTO E COMPLETAMENTO UTILIZZO PROCEDURA CARTELLA AMBULATORIALE ONCOLOGICA

Aggiornamento schemi di terapia con incontri tra Oncologo e Farmacista per eliminazione schemi desueti, aggiornamento schemi in uso e inserimento nuovi schemi con farmaci approvati nel 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): aggiornamento > 80 % degli schemi delle patologie principali (gastroenterico, mammella, polmone, urologico e ginecologico)
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):aggiornamento > 70 % degli schemi
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):aggiornamento > 60% degli schemi
-Obiettivo non raggiunto (<60%):aggiornamento < 60% degli schemi

10	20
----	----

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

DIRETTORE DIP. MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Generale Riabilitativo riferisce che da fine 2023 - inizio 2024, in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, è iniziato un processo di aggiornamento degli schemi terapeutici registrati sul programma informatico Human utilizzato per le richieste delle terapie oncologiche. Ad oggi, sono stati apportati aggiornamenti su tutte le patologie tumorali e gli schemi obsoleti sono stati eliminati o corretti per l'80% delle patologie.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 20/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Generale Riabilitativo riferisce che al 31/12/2024 sono stati apportati aggiornamenti su tutte le patologie tumorali e gli schemi obsoleti sono stati eliminati o corretti per oltre l'80% delle patologie. Pertanto l'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 143 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	20
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 144 di 614

Direttore: BRUNO ILARIO

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 145 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

50 100

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 11 Servizio Affari Generali ha tenuto un incontro specifico, richiesto dalla Struttura, in data 23/05/2024. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che il Servizio Affari Generali ha tenuto un incontro specifico, richiesto dalla Struttura, in data 23/05/2024. Il Servizio interessato ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
ASSEGNATI DALLA DIREZIONE
GENERALE DELL'AO SANTA
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 21/03/2025 (Prot. ASL CN1 38607 del 21/03/2025) la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo - ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 100%.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 146 di 614

Direttore: CAPUTO MARCELLO

Struttura: S.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 147 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

30	40
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che a)
La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 148 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 149 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	20
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 150 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI

Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Numero di interventi vicarianti effettuati pari al 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):Numero di interventi vicarianti effettuati inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.

30	40
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che la Struttura collabora attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha collaborato attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 151 di 614

Direttore: CAPUTO MARCELLO

Struttura: S.C. S.I.A.N.

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 152 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PAISA

a) collaborazione nella redazione dei documenti di rendicontazione del PAISA 2023 e di programmazione del PAISA 2024;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza, secondo quanto indicato nella programmazione PRISA 2024;

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione dell'80% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 70% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che il Servizio, attraverso un processo condiviso con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto Paisa, ha contribuito alla stesura del documento di rendicontazione "PAISA 2023" (prot. 29051 del 28/2/2024) e a quella del documento di programmazione, inoltrato entro i termini previsti dal "Prisa 2024" (prot. 65329 del 14/5/2024). L'attività di controllo ufficiale prevista per il Servizio è in fase di attuazione con risultati in linea a quanto atteso per il periodo. Sono costantemente alimentate le piattaforme informatiche nazionali e regionali dedicate.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che:
a) Sono stati pienamente rispettati gli indirizzi e le scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione PAISA relativi all'anno 2023, nonché per la programmazione PAISA per l'anno 2024.
La Programmazione PAISA 2024 è stata oggetto di un'attenta condivisione con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato per

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 153 di 614

b) Attuazione di meno del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. Mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

tale scopo. Tale condivisione ha permesso di recepire in modo efficace le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione Piemonte attraverso il PRISA 2024, garantendo un allineamento strategico con gli obiettivi regionali.
b) L'attuazione delle attività

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 154 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 155 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 156 di 614

BACK OFFICE AMMINISTRATIVO
DI SICUREZZA ALIMENTARE -
MODELLO ORGANIZZATIVO
INTEGRATO

L'obiettivo rappresenta un ulteriore step all'interno del più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione (Strutture Veterinarie e Sian). Nel corso del 2024, individuata una figura di coordinamento diretto, saranno riviste e ridistribuite le competenze del personale della sede di Saluzzo, individuando un modello organizzativo da estendere successivamente alle altre sedi territoriali

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività di tutte le Aree - sede di Saluzzo
Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 2 Aree - sede di Saluzzo
Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 1 Area - sede di Saluzzo
Obiettivo non raggiunto (<60%):
a. Mancata definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Mancata applicazione operativa del modello sulle attività - sede di Saluzzo

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che l'attività di back office sulla sede di Saluzzo è stata riorganizzata, attraverso l'individuazione di un modello integrato, con revisione dei carichi di lavoro e delle competenze; il Sian sta contribuendo con attività di coordinamento attraverso una figura con esperienza in sicurezza alimentare. L'obiettivo risulta in linea con quanto programmato.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo attraverso la partecipazione diretta ed operativa al progetto integrato, in particolare con la messa a disposizione della figura di coordinamento
E' stato definito un modello organizzativo di back office amministrativo di Sicurezza

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 157 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 158 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 159 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Numero di interventi vicarianti effettuati pari al 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Numero di interventi vicarianti effettuati inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p>	10	15	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che la Struttura collabora attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha collaborato attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</p> <p>-Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</p> <p>-Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</p>	15	15	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 105,8.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 160 di 614

PROGETTO PILOTA PER LA
DEMATERIALIZZAZIONE DEI
CONTROLLI UFFICIALI (CU)
SVOLTI DAI SERVIZI DI
SICUREZZA ALIMENTARE

Progetto pilota per la
dematerializzazione dei
controlli ufficiali (CU)
a)Predisposizione in
GISMASTER di un template
di verbale editabile per
l'esecuzione delle attività di
CU (ex art. 13 reg. UE
625/17), creazione di cartella
condivisa per archiviazione e
definizione di sistema di invio
via PEC del verbale all'OSA
b)configurazione/acquisto di
materiale informatico per
l'apposizione di firma
grafometrica e per la
connessione (software, PC,
tablet ecc..)
c)Sperimentazione operativa

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 20 verbali.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 10 verbali.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 4 verbali.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
a.Incompleta predisposizione in
GISMASTER di un template di verbale
editabile, cartella condivisa e sistema
di invio via PEC
b.Incompleta configurazione/acquisto
di un supporto in informatico per
struttura
c.Mancata sperimentazione operativa.

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che
sono state fatte diverse riunioni,
con le Strutture dipartimentali
interessate e con il servizio
informatico per definire l'operatività
del progetto. E' stato predisposto
un primo modello di template
editabile.
Le procedure operative saranno
meglio definite dopo aver acquisito
hardware e software dedicati,
attraverso un finanziamento ad hoc
(l'accordo relativo all'utilizzo di tali
fondi è stato firmato nel mese in
corso, agosto 2024). L'obiettivo è
in corso di realizzazione.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
la Struttura ha contribuito alla
realizzazione dell'obiettivo
attraverso la partecipazione diretta
al gruppo di lavoro sia nella fase di
costruzione progettuale, sia in
quella operativa.
Il progetto si è articolato in diverse
fasi, con i seguenti risultati:
a) è stato predisposto un template
di verbale ex art.13 reg.UE 625/17,
in formato editabile, sono stati
analizzati gli aspetti giuridici
dell'apposizione delle firme grafica
e digitale, sono stati realizzati

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 161 di 614

Direttore: CARENA PINUCCIA

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	% 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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 162 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

20 40

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati. L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 163 di 614

PIANIFICAZIONE
 INTEGRATA_GESTIONE PIAO

Gestione e coordinamento della stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione sia nella fase di approvazione sia nelle eventuali fasi di aggiornamento. Raccolta delle sezioni da parte della SCI Gestione Risorse Umane, SC Affari Generali e Controlli Interni, SS Formazione Sviluppo Competenze e Qualità e SS Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche.

Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura del PIAO (31/01/2024) e degli eventuali aggiornamenti secondo le esigenze delle singole sezioni, con riferimento in particolare al Piano della Performance a carico del Servizio.
 Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata gestione e coordinamento nella stesura e aggiornamento del PIAO, con riferimento in particolare al Piano della Performance a carico del Servizio.

40	60
----	----

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

RESPONSABILE
 SS CICLO
 DELLA
 PERFORMANCE
 E PROGETTI
 INNOVATIVI

VERIFICA INFRANNUALE: il Piano Integrato di Attività e organizzazione è stato approvato con deliberazione n. 25 del 29/01/2024. Seguirà, nel mese di settembre, il suo aggiornamento, con riferimento in particolare al Piano della Performance. La Struttura è in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

VERIFICA ANNUALE: il Piano Integrato di Attività e Organizzazione è stato approvato con deliberazione n. 25 del 29/01/2024. Successivamente il Piano è stato aggiornato, con riferimento in particolare al Piano della Performance, con provvedimento n. 424 del 30/09/2024. Obiettivo pienamente raggiunto.

La Dott.ssa Carena non partecipa alla seduta durante la valutazione degli obiettivi ad essa assegnati.
 L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 164 di 614

Direttore: CASSISSA GIANFRANCO (Dal 26/07/2024) - GIACHINO AMISTA' MARIA TERESA (Fino al 30/06/2024)

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

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,88 % Media 2: 100,00 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 165 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

25 35

100,00 100,00

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 166 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

25	35
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 2 documenti autorizzati in ritardo (2 autorizzati il giorno della scadenza, in tempistica non procedibile per il pagamento giornaliero), zero per firma e zero per mancanza di DURC. Non risultano mancate giustificazioni per i DURC in istruttoria.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 167 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
FASCICOLAZIONE DOCUMENTI INFORMATICI SU GISMASTER	Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024</p>	20	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data il Servizio Affari Generali ha tenuto un incontro specifico, richiesto dalla Struttura, in data 04/06/2024. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che il Servizio Affari Generali ha tenuto un incontro specifico, richiesto dalla Struttura, in data 04/06/2024. Il Servizio interessato ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.</p> <p>Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 168 di 614

Direttore: **CHIAPELLO GERMANO**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 169 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	10	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 59,79%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 170 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 171 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 97,30%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 172 di 614

considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 173 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 174 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
 L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
 - 03/04/2024
 - 13/06/2024
 - 03/12/2024.
 L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

25	30
----	----

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

RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
 Punteggio scheda 125,8.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 175 di 614

PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Ottimizzazione del Progetto di Patient Blood Management con valutazione e correzione dell'anemia e/o del deficit marziale pre-operatorio per il paziente candidato ad interventi chirurgici ed urologici con previsione di necessità trasfusionale.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura del progetto entro il 30/06/2024 ed inizio arruolamento pazienti entro il 30/09/2024
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Stesura del progetto entro il 30/09/2024 ed inizio arruolamento entro il 31/10/2024
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Stesura del progetto entro il 31/10/2024 ed inizio arruolamento entro il 30/11/2024
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata stesura ed applicazione del progetto entro il 31/12/2024.

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS MEDICINA
TRASFUSIONAL
E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica infrannuale effettuata al 30/08/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;
- pubblicazione sull'Intranet aziendale ed inizio arruolamento pazienti a luglio 2024.
A disposizione verbali di riunioni e documento "DOCsimt511: Protocollo Operativo di Patient Blood Management" Rev. 2 di Giugno 2024.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 13/12/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica finale effettuata al 10/12/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 176 di 614

PDTA TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALE

Definizione PTDA
intraaziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDTA con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDTA
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDTA entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

10	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

- pubblicazione sull'Intranet
aziendale ed inizio arruolamento
pazienti a luglio 2024.

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDTA
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDTA è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 177 di 614

Direttore: **CHIAROLINI LUCIANO**

Struttura: **S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 98,40 % **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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 178 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	15	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto poiché per l'attività di refertazione dell'attività ambulatoriale e specificamente di Procreazione Medica Assistita utilizza il software BioManagement della Ditta SOL, ditta che non ha ancora adempiuto alle richieste di sviluppare le funzionalità tecniche necessarie a produrre referti conformi al conferimento al FSE) è pari al 3,88%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 179 di 614

Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.

Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 180 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
LDO: 72,22%. (Sono esclusi i deceduti).
VPS: FT Ginecologia 80,56%, Ostetricia 82,61, Obi gin 100%. (Sono esclusi i deceduti e i solventi)

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 181 di 614

Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 182 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 183 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.
L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 184 di 614

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
OSPEDALE-TERRITORIO NEL
PERCORSO NASCITA

Istituzione di incontri
trimestrali per condivisione e
confronto tra gli specialisti
ospedalieri e
ambulatoriali del
Dipartimento Materno
Infantile su temi generici e
specifici relativi al percorso
nascita.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): -Obiettivo pienamente
raggiunto (100%): Incontri 4/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): -Obiettivo
sostanzialmente raggiunto (>95% fino
a <100%): Incontri 3/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): -Obiettivo
parzialmente raggiunto (>60% fino a
95%): Incontri 2/4 entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Incontro 1/4 entro il 31/12/2024.

10	15
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che sono state svolte le
seguenti attività:
- effettuato primo incontro in data
18/6/24
- calendarizzate riunioni successive
per le giornate del 8/10-4/11 e
ultimo incontro nel mese di
dicembre
- ridefinita composizione Comitato
percorso nascita
- definita la metodologia di lavoro
(almeno 2 incontri in presenza)
- identificati i temi prioritari ed
affrontabili (presa in carico fragilità
psicologiche e sociali e progetto
home visiting)

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
30/01/2025 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che dopo il primo incontro
effettuato in data 18/6 e già
indicato in precedente verifica sono
stati effettuati i successivi tre
incontri programmati in data 8/10 in
presenza, 4/11 condivisione da
remoto e 11/12 in presenza.
Durante l'incontro dell'8 ottobre si è
identificato come tema prioritario
su cui ipotizzare un progetto
quello dell'home visiting e si sono
costituiti gruppi di lavoro per
lavorare su temi specifici. In data
4/11 i vari gruppi hanno condiviso il
materiale prodotto che è servito per
stilare il progetto presentato e
discusso in plenaria nell'ultimo
incontro dell'11/12. Di ogni incontro
è stato stilato verbale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 185 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

20 15

92,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
anche se il target relativo alle prime
visite non è raggiunto (in previsione
annuale), come indicato nella nota
sulla scheda risorse/attività, la
valutazione è effettuata in funzione
del personale medico in servizio. Il
numero di prestazioni per medico è
incrementato e i costi della struttura
sono contenuti. Unica criticità da
segnalare è il numero di parti per
cui si richiede di porre in atto tutte
le azioni possibili finalizzate al loro
incremento. Obiettivo
sostanzialmente raggiunto (98%).

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
92% PER IL P1 E AL
100% PER IL P2.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione sono
stati considerati seguenti fattori
secondo i quali è stato effettuato
un ricalcolo dell'indicatore:
- il numero di visite per medico è
incrementato ed è stata effettuata
una rivalutazione in relazione al
personale medico presente nel
servizio come da nota inserita
sulla scheda R/A
- il calo ulteriore di nascite anche
rispetto al 2023 determina il
raggiungimento parziale
dell'obiettivo della scheda R/A.
Punteggio scheda 87: (valutazione
effettuata con Direzione Generale).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 186 di 614

PDTA TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALE

Definizione PTDA
intraziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDTA con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDTA
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDTA entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

10	15
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDTA
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDTA è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 187 di 614

UNIFICAZIONE INTRAZIENDALE
DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE
DI UROGINECOLOGIA

Ideazione e messa in uso presso le S.C. di Savigliano e Mondovì di una Scheda Unificata di gestione ambulatoriale della paziente con incontinenza urinaria non neurogena (patologia Uro-ginecologica).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Utilizzo esclusivo della Scheda Unificata presso i due Presidi per la gestione delle pazienti;
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Utilizzo della Scheda Unificata presso i due Presidi per la gestione > 70% delle pazienti;
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Utilizzo della Scheda Unificata presso i due Presidi per la gestione < 70% delle pazienti;
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Non utilizzo della Scheda Unificata per la gestione delle pazienti.

5	15
---	----

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

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che è stata definita scheda unica di valutazione ambulatoriale uroginecologica costruita in accordo fra le due strutture coinvolte e condivisa secondo le linee guida contenute nel PSDTA interdipartimentale sull'incontinenza urinaria non neurogena formulato la scorso anno con il dr Quercio. La scheda viene inoltre inserita come maschera anche su Opera in modo tale da permettere la refertazione con firma digitale.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 30/01/2025 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che si è proceduto alla applicazione clinica della scheda di valutazione uroginecologica (già realizzata e documentata nella verifica infrannuale) negli ambulatori di Mondovì e Savigliano, con unificazione dei percorsi valutativi e terapeutici per tutte le pazienti affette da patologia del pavimento pelvico.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 188 di 614

Direttore: **CHIOZZA GLORIA**

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

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,95 % **Media 2:** 100,00 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 189 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5

10

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 190 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 191 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 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 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 192 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	10
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 3 documenti autorizzati in ritardo, 1 per firma e 2 per mancanza di DURC. Mancata valorizzazione delle giustificazioni per i 2 documenti autorizzati in ritardo (DURC in istruttoria, partita non segnalata come bloccata).

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 193 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 194 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 195 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture da coinvolgere (almeno una per dipartimento).
Analisi delle richieste, 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

5	15
---	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 05/09/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la Struttura collabora all'attività di analisi, individuazione criticità e tenuta rapporti con i MMG/PLS. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che nei quattro Distretti Asl sono stati effettuati incontri con medici specialisti e medici di medicina generale in merito alle maggiori criticità in tema di appropriatezza prescrittiva durante i quali sono state analizzate le prestazioni segnalate dalle strutture individuate e dalle direzioni sanitarie. Tali incontri sono stati verbalizzati nelle riunioni UMAD ed i verbali sono agli atti dei singoli Distretti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 196 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

15 15

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
potranno essere necessari
approfondimenti anche alla luce
degli incrementi di costo
conseguenti all'applicazione delle
indicazioni regionali contenute nella
DGR 38/2024. Obiettivo raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che la valutazione è
effettuata a livello dipartimentale.
Sono stati tenuti in considerazione i
seguenti fattori che non erano
prevedibili in fase di assegnazione
del budget:
- Incremento del 3,5% sulle
strutture residenziali di cui alla
DGR 27 maggio 2024, n. 38-8654
- Incremento degli inserimenti nelle
strutture residenziali per anziani
sull'area di Cuneo e Mondovì
richiesto dalla Direzione
- Aumento della spesa
farmaceutica convenzionata anche
in conseguenza dell'elevato
numero di farmacie a basso
fatturato e farmacie rurali
sussidiate con riconoscimento
dell'indennità di residenza che, con
la nuova remunerazione introdotta
a partire da marzo 2024, godono di
una quota fissa aggiuntiva. Si
evidenzia tuttavia che il valore di
spesa farmaceutica lorda pro-
capite risulta essere decisamente
inferiore rispetto alla media
regionale.
Punteggio scheda 95,2: sono stati
riconteggiati i risultati degli

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 197 di 614

indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG). Il conteggio è stato fatto complessivamente sul dipartimento.

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche grazie alla compilazione delle schede di monitoraggio predisposte dall'Azienda al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
 SS DIREZIONE
 AMMINISTRATI
 VA
 TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che Budget annuo: € 71.674,96
 Spesa rilevata al 31/07/2024: € 33.240,90
 L'andamento della spesa, rilevato al 31/07/2024 del Distretto Sud Est è in linea con l'anno 2023 e non presenta al momento criticità.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che la spesa extra lea generata dal Distretto Sud Est nell'anno 2024 è stata pari ad € 62.262,31 (come da tabella agli atti); rispetto al budget di spesa assegnato pari ad € 71.674,96 ha generato un avanzo di € 9.412,65.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 198 di 614

STANDARDIZZAZIONE
PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD
NEI DISTRETTI

Costituzione di una UMVD
minori unica a livello
aziendale

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Strutturazione UMVD minori
unica entro giugno 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Strutturazione
UMVD minori unica entro giugno
2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Strutturazione UMVD
minori unica entro luglio 2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):Strutturazione UMVD minori
unica entro settembre 2024

10	15
----	----

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

DIREZIONE
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 03/09/2024 il Direttore
Sanitario riferisce che a seguito di
nota prot. 0087112 del 28/06/2024
è stata individuata la figura
sanitaria di coordinamento
(operatore unico trasversale ai
dipartimenti) e le due figure
amministrative di supporto. Sono
state condivise le modalità di
partecipazione alle sedute collegiali
distrettuali e le procedure di
valutazione, al fine di
standardizzare le risposte ai
bisogni assistenziali specifici.
L'obiettivo è considerato raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: si conferma
la valutazione espressa nella
verifica infrannuale. Obiettivo
pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 199 di 614

Direttore: CILIA GIANFRANCO

Struttura: S.S.D. CONSULTORI FAMILIARI

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	40	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 200 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	30
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 201 di 614

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
 OSPEDALE-TERRITORIO NEL
 PERCORSO NASCITA

Istituzione di incontri
 trimestrali per condivisione e
 confronto tra gli specialisti
 ospedalieri e
 ambulatoriali del
 Dipartimento Materno
 Infantile su temi generici e
 specifici relativi al percorso
 nascita.

- Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): -Obiettivo pienamente
 raggiunto (100%): Incontri 4/4 entro il
 31/12/2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%): -Obiettivo
 sostanzialmente raggiunto (>95% fino
 a <100%): Incontri 3/4 entro il
 31/12/2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%): -Obiettivo
 parzialmente raggiunto (>60% fino a
 95%): Incontri 2/4 entro il 31/12/2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Incontro 1/4 entro il 31/12/2024.

20	50
----	----

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

DIRETTORE
 DIP.
 INTERAZIENDA
 LE MATERNO
 INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con
 mail del 02/09/2024 il Direttore del
 Dipartimento Materno Infantile
 riferisce che sono state svolte le
 seguenti attività:
 - effettuato primo incontro in data
 18/6/24
 - calendarizzate riunioni successive
 per le giornate del 8/10-4/11 e
 ultimo incontro nel mese di
 dicembre
 - ridefinita composizione Comitato
 percorso nascita
 - definita la metodologia di lavoro
 (almeno 2 incontri in presenza)
 - identificati i temi prioritari ed
 affrontabili (presa in carico fragilità
 psicologiche e sociali e progetto
 home visiting)

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
 30/01/2025 il Direttore del
 Dipartimento Materno Infantile
 riferisce che dopo il primo incontro
 effettuato in data 18/6 e già
 indicato in precedente verifica sono
 stati effettuati i successivi tre
 incontri programmati in data 8/10 in
 presenza, 4/11 condivisione da
 remoto e 11/12 in presenza.
 Durante l'incontro dell'8 ottobre si è
 identificato come tema prioritario
 su cui ipotizzare un progetto
 quello dell'home visiting e si sono
 costituiti gruppi di lavoro per
 lavorare su temi specifici. In data
 4/11 i vari gruppi hanno condiviso il
 materiale prodotto che è servito per
 stilare il progetto presentato e
 discusso in plenaria nell'ultimo
 incontro dell'11/12. Di ogni incontro
 è stato stilato verbale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 202 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

30	20
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce la
necessità del monitoraggio
periodico della spesa legata alla
distribuzione di contraccettivi.
Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione sono
stati considerati seguenti fattori
secondo i quali è stato effettuato
un ricalcolo dell'indicatore:
- E' stato valutato a parte il costo
della distribuzione dei contraccettivi
di circa 20.000€ come da nota
inserita sulla scheda R/A in quanto
la distribuzione gratuita è iniziata a
febbraio 2024 e non era prevedibile
la quantificazione in fase di
assegnazione del budget.
Punteggio scheda 94,1: sono stati
riconteggiati i risultati degli
indicatori in relazione a quanto
inserito nella colonna I (le tabelle
sono agli atti del CdG).

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 203 di 614

Direttore: **COPPOLA MAURIZIO**

Struttura: **S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 204 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 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 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che L'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 205 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

15

20

100,00

100,00

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema. Si consiglia al responsabile (email del 20 agosto 2024) di individuare un delegato\vicario per la richiesta di DURC nonché per l'autorizzazione al pagamento dei documenti nei casi in cui il dirigente sia assente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 206 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 207 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

20

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 208 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo 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 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 111,5.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 209 di 614

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche grazie alla compilazione delle schede di monitoraggio predisposte dall'Azienda al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato

15	20
----	----

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

RESPONSABILE
 SS DIREZIONE
 AMMINISTRATI
 VA
 TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che Budget annuo: € 871.472,15 Spesa rilevata al 30/06/2024: € 461.540,32
 Il monitoraggio della spesa è al 30/06/2024 perché non sono ancora pervenuti i dati relativi al mese di luglio 2024, la cui scadenza era fissata dopo la chiusura contabile di metà agosto. Il dato di spesa è quindi quello relativo al 30 giugno e registra un incremento di spesa rispetto all'anno 2023 per gli assegni terapeutici e per le borse lavoro del SERD che potrebbe non essere compensato in diminuzione entro la fine dell'anno.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che la spesa extra lea generata dal Dipartimento di Salute Mentale nell'anno 2024 è stata pari ad € 935.136,09 (come da tabella agli atti) di cui € 36.324,00 per le borse lavoro erogate dal Servizio Dipendenze Patologiche; il servizio di Dipendenze patologiche ha concorso a generare il disavanzo rispetto al budget di spesa assegnato che è stato pari ad € 63.663,94. Il finanziamento regionale per la spesa extra lea anno 2024 è di € 2.096.327,49 (di cui € 14.156,68 per contributi per l'acquisto di parrucche per alopecia per utenti donne e minori, per le pile e carica batterie per i portatori di protesi cocleari). L'incremento del finanziamento ed il

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 210 di 614

monitoraggio mensile hanno
permesso il rispetto della spesa
extra lea a livello aziendale. In
accordo con la Direzione Aziendale
si conferma il raggiungimento
dell'obiettivo.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 211 di 614

Direttore: **COPPOLA PIETRO**

Struttura: **S.C. UROLOGIA SAVIGLIANO**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 212 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	10	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 81,34%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 213 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 214 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 63,64%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: Obi uro 100%. (Sono esclusi i deceduti e i solventi)

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 215 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 216 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Creazione del Green Team multispecialistico entro fine giugno ed esecuzione di almeno 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Creazione del Green Team multispecialistico entro fine settembre ed esecuzione di < 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Creazione del Green Team multispecialistico entro fine dicembre ed esecuzione di 1 riunione del suddetto entro fine dicembre
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata creazione del Green Team multispecialistico.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE
 DIREZIONI
 SANITARIE
 SAVIGLIANO -
 MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 21/08/2024, il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce che il Green Team nasce nel 2023 su iniziativa della Chirurgia Generale di Savigliano che, in occasione di una tesi di Specializzazione ed in collaborazione con la AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, riunisce un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di operatori del Blocco Operatorio di Savigliano, insieme con la Direzione Sanitaria di Presidio di Savigliano come responsabile del Blocco Operatorio. Dato il buon esito del confronto sulle buone pratiche per l'ottimizzazione della raccolta dei rifiuti in Sala Operatoria nelle varie riunioni del Green Team di Savigliano, si propone di coinvolgere il Dipartimento Chirurgico ai fini di condividere e diffondere le buone pratiche ai Blocchi Operatori di tutti i PP.OO. dell'ASLCN1, rendendo uniformi i comportamenti a livello Aziendale. Nella prima riunione del 03/04/2024 è stato presentato il progetto "Green Operating Room", illustrandone gli obiettivi e sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di aderire a buone pratiche di ottimizzazione dei rifiuti nei Blocchi Operatori. Nella riunione del 13/06/2024 si è provveduto ad ufficializzare la creazione del Green Team multispecialistico dell'ASLCN1 che include le Direzioni Sanitarie di Savigliano e Mondovì, i medici delle varie specialità chirurgiche afferenti ai blocchi operatori di Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 217 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.
L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 218 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

25	30
----	----

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

RESPONSABILE
 SS
 CONTROLLO DI
 GESTIONE,
 FLUSSI
 INFORMATIVI E
 ATTIVITA'
 STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
 mail del 31/08/2024 la
 Responsabile della S.S. Controllo
 di Gestione, Flussi informativi e
 Attività Strategiche riferisce che si
 segnalano criticità sul numero di
 prime visite e sul rapporto
 costi/ricavi per cui si rendono
 necessari approfondimenti con il
 Direttore Sanitario e i servizi di staff
 interessati. Obiettivo parzialmente
 raggiunto (95%)

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
 10.03.2025 la Responsabile della
 S.S. Controllo di Gestione, Flussi
 informativi e Attività Strategiche
 riferisce che nella valutazione sono
 stati considerati seguenti fattori
 secondo i quali è stato effettuato
 un ricalcolo dell'indicatore:
 - Dal 2024 è stato autorizzato
 l'utilizzo di cistoscopi e
 ureteroscopi monouso più
 confortevoli per il paziente (i costi
 del pluriuso non erano caricati nel
 2023 sui fattori produttivi oggetto di
 monitoraggio in quanto erano
 attrezzature)
 - E' incrementato il costo dei
 farmaci AIC somministrati per via
 sistemica (File F 06) a causa di un
 maggior numero di procedure
 eseguite per poter recuperare
 l'attività (+20% circa rispetto al
 2023) e abbattere le liste d'attesa.
 Punteggio scheda 95: sono stati
 riconteggiati i risultati degli
 indicatori in relazione a quanto
 inserito nella colonna I (le tabelle
 sono agli atti del CdG).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 219 di 614

PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Ottimizzazione del Progetto di Patient Blood Management con valutazione e correzione dell'anemia e/o del deficit marziale pre-operatorio per il paziente candidato ad interventi chirurgici ed urologici con previsione di necessità trasfusionale.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura del progetto entro il 30/06/2024 ed inizio arruolamento pazienti entro il 30/09/2024
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Stesura del progetto entro il 30/09/2024 ed inizio arruolamento entro il 31/10/2024
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Stesura del progetto entro il 31/10/2024 ed inizio arruolamento entro il 30/11/2024
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata stesura ed applicazione del progetto entro il 31/12/2024.

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS MEDICINA
TRASFUSIONAL
E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica infrannuale effettuata al 30/08/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;
- pubblicazione sull'Intranet aziendale ed inizio arruolamento pazienti a luglio 2024.
A disposizione verbali di riunioni e documento "DOCsimt511: Protocollo Operativo di Patient Blood Management" Rev. 2 di Giugno 2024.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 13/12/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica finale effettuata al 10/12/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 221 di 614

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	% 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 222 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

30	40
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 223 di 614

MONITORAGGIO DELLA SCHEDA
"RISORSE ATTIVITÀ"

Produzione e pubblicazione
alle strutture aziendali delle
Schede "Risorse/Attività" con
supporto alle strutture
richiedenti per il
monitoraggio periodico.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Produzione e trasmissione
della reportistica di controllo. Supporto
alle Strutture per il monitoraggio
periodico.
-Sostanzialmente o parzialmente
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.

40

60

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che la
struttura "S.S. Controllo di
Gestione, Flussi Informativi e
attività strategiche" ha prodotto e
pubblicato alle strutture aziendali le
Schede "Risorse/Attività",
monitorando periodicamente
l'andamento, supportando i direttori
sull'analisi delle eventuali criticità e
partecipando agli incontri di
dipartimento quando richiesto dai
direttori di dipartimento. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 100.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 224 di 614

Direttore: DE BENEDICTIS MICHELE

Struttura: S.C. CARDIOLOGIA SAVIGLIANO

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 225 di 614

CONTENIMENTO DELLA SPESA
(NOTA REGIONALE PROT. 163416
DEL 19/12/2023) - DISPOSITIVI
MEDICI

Rispetto delle quote di
mercato indicate da SCR
nelle gare di appalto per i
DM impiantabili: Protesi
d'anca, Pace-Maker e
Defibrillatori.
Tenuta registro dispositivi
impiantati suddivisi per lotto
e invio trimestrale alla S.C.
Logistica e DAPO del
prospetto riepilogativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Rispetto delle tempistiche di
invio dei prospetti e delle % della
quota di mercato
-Sostanzialmente raggiunto (>95%
fino a <100%). Rispetto delle
tempistiche di invio del prospetto,
mancato rispetto delle % della quota
di mercato con giustificativo degli
scostamenti
-Parzialmente raggiunto (>60% fino
95%): Rispetto delle tempistiche di
invio del prospetto, mancato rispetto
delle % della quota di mercato senza
giustificativo degli scostamenti
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato rispetto delle tempistiche di
invio del prospetto, mancato rispetto
delle % della quota di mercato senza
giustificativo degli scostamenti

15	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce:
monitoraggio in corso con le
strutture competenti. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che In corso d'anno SCR
ha eliminato le indicazioni delle
percentuali di acquisti obbligatori in
accordo quadro. Il servizio ha
effettuato la tenuta del registro
trimestrale come da indicazioni. Ha
inoltre collaborato proattivamente,
con il Controllo di Gestione e il
Di.P.Sa, ad analizzare i risultati
emersi dalle analisi condotte sui

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 226 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 95,92%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 227 di 614

considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 228 di 614

GESTIONE E TRATTAMENTO
MULTIDISCIPLINARE DELLE FAV
PER EMODIALISI

Creazione di un percorso
operativo per la gestione ed
il trattamento percutaneo
delle complicanze delle FAV
per emodialisi

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Attivazione percorso entro
30/09/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Attivazione
percorso entro 31/10/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Attivazione percorso
entro 30/11/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione percorso

10	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/08/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da email dei Direttori della Nefrologia e Cardiologia (11/7 e 12/7/24) è stata al momento effettuata la valutazione e analisi della mobilità passiva e dei costi aziendali ad essa connessi per il trattamento delle FAV in strutture esterne all'ASL CN1, rilevando un evidente risparmio in termini economici ed un notevole miglioramento organizzativo-gestionale dei pazienti qualora tale trattamento fosse effettuato all'interno della nostra Azienda. E' inoltre in corso formazione ad hoc di cardiologo interventista e nefrologo tramite frequenza presso altri centri con analoga tipologia di servizi. La stesura del percorso operativo è prevista per il mese di settembre pv.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 19/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che il Direttore della S.C. Cardiologia di Savigliano, conferma che dopo aver effettuato la valutazione ed analisi della mobilità passiva e dei costi aziendali ad essa connessi per il trattamento delle FAV in strutture esterne alla ASLCN1 (mail 11/07 e 12/7/2024) essendo stato rilevato un evidente risparmio in termini economici ed un notevole miglioramento organizzativo-gestionale qualora il trattamento dei pazienti fosse stato effettuato all'interno della nostra Azienda, i Direttori della SC Cardiologia di Savigliano e SC Nefrologia e Dialisi, hanno

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 229 di 614

completato la stesura del percorso operativo ASLCN1 per la gestione ed il trattamento percutaneo delle complicanze delle FAV per Emodialisi entro il 30/09/2024. Al momento è in fase di completamento la formazione del Cardiologo interventista e del Nefrologo presso altre Aziende Sanitarie Nazionali con analoga tipologia di servizi; tale formazione potrà verosimilmente considerarsi conclusa entro il 30/06/2025 potendo ragionevolmente ipotizzare l'attivazione del percorso operativo ASLCN1 dal 01/09/2025.

MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE EX POST DELLE RICHIESTE DI PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI IN CLASSE B IN BASE AI CRITERI RAO AGENAS

Verifica della congruenza prescrittiva delle richieste in classe B per le prestazioni di gastroscopia, colonscopia, ecocardiografia rispetto alle indicazioni contenute nei documenti nazionali e regionali sui RAO. Raccolta dei dati ex post nel mese di maggio per quattro settimane e invio alla SS Gestione Front Office, sulla base di modello standard, completo di dati relativi al prescrittore

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Invio della documentazione delle quattro settimane
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato invio della documentazione delle quattro settimane

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS GESTIONE
FRONT OFFICE

VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 114931 del 03/09/2024 Il Responsabile della SS Gestione Front Office riferisce che la documentazione delle 4 settimane è pervenuta al servizio e con nota prot. 117561 del 09/09/2024 ha trasmesso al Coordinatore del Dipartimento per l'Integrazione Territoriale, il report relativo alle Cardiologie di Savigliano e Mondovì.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 27/02/2025 il Direttore Sostituto della SC Logistica e DAPO conferma quanto già riferito nella relazione infrannuale. L'obiettivo è pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 230 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo 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 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 106,8

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 231 di 614

TRATTAMENTO
DELL'IPERCOLESTEROLEMIA -
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
FARMACI BIOTECNOLOGICI
UTILIZZATI

sub 1) Partecipazione ad
audit a cadenza semestrale
per discussione casi clinici.
Sub 2) 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 audit entro il
30/06/2024 e il 31/12/2024
sub 2) 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 audit
entro 30/06/2024
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 audit entro
31/12/2024
sub 2) 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 audit entro 31/12/2024
Sub 2) < 60% dei pazienti > 80 aa in
terapia con PCSK9 a cui non viene
rinnovato il piano terapeutico o
dettagliata relazione clinica.

5

15

100,00

100,00

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che:
Sub 1) Eseguito primo audit entro
il 30/06/2024.
Sub 2) Per la totalità dei pazienti
con età maggiore a 80 anni è stata
effettuata una breve relazione
clinica, in cui è stata motivata la
scelta di proseguire il trattamento
con l'inibitore PCSK9.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che
sub 1) Entrambi gli audit sono stati
organizzati e svolti entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
Gli audit si sono ancora una volta
confermati una valida occasione di
incontro tra clinici e farmacisti per
rivalutare complessivamente e in
modo multidisciplinare il processo di
prescrizione ed erogazione del
farmaco nell'ottica di ottimizzare
sia l'efficacia per il paziente che
l'appropriatezza della prescrizione
anche in termini di allocazione
razionale delle risorse.
sub 2) Dai report elaborati dalla
S.C. Farmacia Ospedaliera sono
stati evidenziati in totale 6 pazienti

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 232 di 614

Direttore: **DURBANO BRUNO**

Struttura: **S.S.D. CURE PALLIATIVE**

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 233 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

15 35

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 234 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	15	15	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 42,44%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 235 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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 a 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma ≥ 60
-Obiettivo non raggiunto ($<60\%$): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60 .

40	50
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
Punteggio scheda 105,2.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 236 di 614

Direttore: DUTTO DARIO

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			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 237 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PAISA

a) collaborazione nella redazione dei documenti di rendicontazione del PAISA 2023 e di programmazione del PAISA 2024;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza, secondo quanto indicato nella programmazione PRISA 2024;

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione dell'80% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 70% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024

10 15

100,00 100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che il Servizio, attraverso un processo condiviso con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto Paisa, ha contribuito alla stesura del documento di rendicontazione "PAISA 2023" (prot. 29051 del 28/2/2024) e a quella del documento di programmazione, inoltrato entro i termini previsti dal "Prisa 2024" (prot. 65329 del 14/5/2024). L'attività di controllo ufficiale prevista per il Servizio è in fase di attuazione con risultati in linea a quanto atteso per il periodo. Sono costantemente alimentate le piattaforme informatiche nazionali e regionali dedicate.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che:
a) Sono stati pienamente rispettati gli indirizzi e le scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione PAISA relativi all'anno 2023, nonché per la programmazione PAISA per l'anno 2024.
La Programmazione PAISA 2024 è stata oggetto di un'attenta condivisione con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato per

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 238 di 614

b) Attuazione di meno del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. Mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

tale scopo. Tale condivisione ha permesso di recepire in modo efficace le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione Piemonte attraverso il PRISA 2024, garantendo un allineamento strategico con gli obiettivi regionali.
b) L'attuazione delle attività

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 239 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

10

15

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 240 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 241 di 614

BACK OFFICE AMMINISTRATIVO
 DI SICUREZZA ALIMENTARE -
 MODELLO ORGANIZZATIVO
 INTEGRATO

L'obiettivo rappresenta un ulteriore step all'interno del più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione (Strutture Veterinarie e Sian). Nel corso del 2024, individuata una figura di coordinamento diretto, saranno riviste e ridistribuite le competenze del personale della sede di Saluzzo, individuando un modello organizzativo da estendere successivamente alle altre sedi territoriali

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Applicazione operativa del modello sulle attività di tutte le Aree - sede di Saluzzo
 Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
 a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 2 Aree - sede di Saluzzo
 Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
 a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 1 Area - sede di Saluzzo
 Obiettivo non raggiunto (<60%):
 a. Mancata definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Mancata applicazione operativa del modello sulle attività - sede di Saluzzo

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che l'attività di back office sulla sede di Saluzzo è stata riorganizzata, attraverso l'individuazione di un modello integrato, con revisione dei carichi di lavoro e delle competenze. La Struttura partecipa alla nuova organizzazione. L'obiettivo risulta in linea con quanto programmato.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo attraverso la partecipazione diretta ed operativa al progetto integrato E' stato definito un modello organizzativo di back office amministrativo di Sicurezza Alimentare unico ed integrato. E' stata individuata una figura di coordinamento e riferimento di ambito territoriale, sono stati rivisti i carichi di lavoro e le competenze.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 242 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 243 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 244 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI
VETERINARI

Attivazione/mantenimento
funzioni vicarianti del
personale veterinario
dirigente, convenzionato e
del personale del comparto.

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Numero di interventi vicarianti
effettuati pari al 100% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Numero di
interventi vicarianti effettuati compreso
tra il 96% e il 99% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie;
Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Numero di interventi
vicarianti effettuati compreso tra il
60% e il 95% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Numero di interventi vicarianti
effettuati inferiore al 60% delle
necessità organizzative delle Aree
Veterinarie

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che la
Struttura collabora attivamente con
le altre Strutture dipartimentali con
funzioni integrate/vicarianti, con
attività specifiche per i diversi ruoli.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
la struttura ha effettuato interventi
integrati/vicarianti in risposta alle
necessità organizzative e gestionali
delle Aree veterinarie presso le
strutture di trasformazione e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 245 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

15	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
l'obiettivo è raggiunto per
valutazione complessiva a livello
dipartimentale.
Si segnala incremento costi (da
tenere monitorato) per i seguenti
articoli:
- TUTE DI PROTEZIONE TYVEK
- BOTTIGLIA BOCCA LARGA.
Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che l'obiettivo raggiunto
per valutazione complessiva
dipartimentale come da nota su
scheda risorse/attività.
Punteggio scheda 93: il
dipartimento di prevenzione è
valutato complessivamente. I costi
di questa struttura sono minimi e
fluttuazioni di spesa molto piccole
determinano scostamenti degli
indicatori molto importanti.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 246 di 614

PROGETTO PILOTA PER LA
DEMATERIALIZZAZIONE DEI
CONTROLLI UFFICIALI (CU)
SVOLTI DAI SERVIZI DI
SICUREZZA ALIMENTARE

Progetto pilota per la
dematerializzazione dei
controlli ufficiali (CU)
a)Predisposizione in
GISMASTER di un template
di verbale editabile per
l'esecuzione delle attività di
CU (ex art. 13 reg. UE
625/17), creazione di cartella
condivisa per archiviazione e
definizione di sistema di invio
via PEC del verbale all'OSA
b)configurazione/acquisto di
materiale informatico per
l'apposizione di firma
grafometrica e per la
connessione (software, PC,
tablet ecc..)
c)Sperimentazione operativa

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 20 verbali.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 10 verbali.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 4 verbali.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
a.Incompleta predisposizione in
GISMASTER di un template di verbale
editabile, cartella condivisa e sistema
di invio via PEC
b.Incompleta configurazione/acquisto
di un supporto in informatico per
struttura
c.Mancata sperimentazione operativa.

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che
sono state fatte diverse riunioni,
con le Strutture dipartimentali
interessate e con il servizio
informatico per definire l'operatività
del progetto. E' stato predisposto
un primo modello di template
editabile.
Le procedure operative saranno
meglio definite dopo aver acquisito
hardware e software dedicati,
attraverso un finanziamento ad hoc
(l'accordo relativo all'utilizzo di tali
fondi è stato firmato nel mese in
corso, agosto 2024). L'obiettivo è
in corso di realizzazione.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
la Struttura ha contribuito alla
realizzazione dell'obiettivo
attraverso la partecipazione diretta
al gruppo di lavoro sia nella fase di
costruzione progettuale, sia in
quella operativa.
Il progetto si è articolato in diverse
fasi, con i seguenti risultati:
a) è stato predisposto un template
di verbale ex art.13 reg.UE 625/17,
in formato editabile, sono stati
analizzati gli aspetti giuridici
dell'apposizione delle firme grafica
e digitale, sono stati realizzati

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 247 di 614

Direttore: **DUTTO LUCA**

Struttura: **S.C. MEDICINA INTERNA SALUZZO**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 248 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	15	25	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 79,17%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 249 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 250 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	25
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 91,14%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 251 di 614

					considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.		
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo è raggiunto VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 102,1.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 252 di 614

Direttore: FEOLA MAURO

Struttura: S.C. CARDIOLOGIA MONDOVI'

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 253 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

Con riferimento alla S.S.
Medicina Sportiva
PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5

10

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza ,nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 254 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 255 di 614

CONTENIMENTO DELLA SPESA
(NOTA REGIONALE PROT. 163416
DEL 19/12/2023) - DISPOSITIVI
MEDICI

Rispetto delle quote di
mercato indicate da SCR
nelle gare di appalto per i
DM impiantabili: Protesi
d'anca, Stent, Pace-Maker e
Defibrillatori.
Tenuta registro dispositivi
impiantati suddivisi per lotto
e invio trimestrale alla S.C.
Logistica e DAPO del
prospetto riepilogativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Rispetto delle tempistiche di
invio dei prospetti e delle % della
quota di mercato
-Sostanzialmente raggiunto (>95%
fino a <100%). Rispetto delle
tempistiche di invio del prospetto,
mancato rispetto delle % della quota
di mercato con giustificativo degli
scostamenti
-Parzialmente raggiunto (>60% fino
95%): Rispetto delle tempistiche di
invio del prospetto, mancato rispetto
delle % della quota di mercato senza
giustificativo degli scostamenti
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato rispetto delle tempistiche di
invio del prospetto, mancato rispetto
delle % della quota di mercato senza
giustificativo degli scostamenti

15

20

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce:
monitoraggio in corso con le
strutture competenti. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che In corso d'anno SCR
ha eliminato le indicazioni delle
percentuali di acquisti obbligatori in
accordo quadro. Il servizio ha
effettuato la tenuta del registro
trimestrale come da indicazioni. Ha
inoltre collaborato proattivamente,
con il Controllo di Gestione e il
Di.P.Sa, ad analizzare i risultati
emersi dalle analisi condotte sui

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 256 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 61,33%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 257 di 614

considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE EX POST DELLE RICHIESTE DI PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI IN CLASSE B IN BASE AI CRITERI RAO AGENAS

Verifica della congruenza prescrittiva delle richieste in classe B per le prestazioni di gastroscopia, colonscopia, ecocardiografia rispetto alle indicazioni contenute nei documenti nazionali e regionali sui RAO. Raccolta dei dati ex post nel mese di maggio per quattro settimane e invio alla SS Gestione Front Office, sulla base di modello standard, completo di dati relativi al prescrittore

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Invio della documentazione delle quattro settimane
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato invio della documentazione delle quattro settimane

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
 SS GESTIONE
 FRONT OFFICE

VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 114931 del 03/09/2024 Il Responsabile della SS Gestione Front Office riferisce che la documentazione delle 4 settimane è pervenuta al servizio e con nota prot. 117561 del 09/09/2024 ha trasmesso al Coordinatore del Dipartimento per l'Integrazione Territoriale, il report relativo alle Cardiologie di Savigliano e Mondovì.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 27/02/2025 il Direttore Sostituto della SC Logistica e DAPO conferma quanto già riferito nella relazione infrannuale. L'obiettivo è pienamente raggiunto.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

25	25
----	----

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

RESPONSABILE
 SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce una criticità sul numero di prime visite effettuate. Obiettivo sostanzialmente raggiunto (98%).

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che gli standard sono stati rispettati. Punteggio scheda 96,3.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 258 di 614

TRATTAMENTO
DELL'IPERCOLESTEROLEMIA -
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
FARMACI BIOTECNOLOGICI
UTILIZZATI

sub 1) Partecipazione ad
audit a cadenza semestrale
per discussione casi clinici.
Sub 2) 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 audit entro il
30/06/2024 e il 31/12/2024
sub 2) 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 audit
entro 30/06/2024
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 audit entro
31/12/2024
sub 2) 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 audit entro 31/12/2024
Sub 2) < 60% dei pazienti > 80 aa in
terapia con PCSK9 a cui non viene
rinnovato il piano terapeutico o
dettagliata relazione clinica.

5

15

100,00

100,00

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che:
Sub 1) Eseguito primo audit entro
il 30/06/2024.
Sub 2) Per la totalità dei pazienti
con età maggiore a 80 anni è stata
effettuata una breve relazione
clinica, in cui è stata motivata la
scelta di proseguire il trattamento
con l'inibitore PCSK9.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che
sub 1) Entrambi gli audit sono stati
organizzati e svolti entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
Gli audit si sono ancora una volta
confermati una valida occasione di
incontro tra clinici e farmacisti per
rivalutare complessivamente e in
modo multidisciplinare il processo di
prescrizione ed erogazione del
farmaco nell'ottica di ottimizzare
sia l'efficacia per il paziente che
l'appropriatezza della prescrizione
anche in termini di allocazione
razionale delle risorse.
sub 2) Dai report elaborati dalla
S.C. Farmacia Ospedaliera sono
stati evidenziati in totale 11 pazienti

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 259 di 614

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	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 260 di 614

AUDIT FINALIZZATO ALLA
VERIFICA DELL'EFFETTIVA
ATTUAZIONE DELLA MAPPATURA
DEI PROCESSI/SOTTO-PROCESSI
IN AMBITO DI PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE O MALA
AMMINISTRAZIONE

Collaborazione all'Audit
finalizzata a valutare
l'effettiva attuazione di un
processo di competenza ed
eventuali adeguamenti

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Partecipazione all'Audit ed
eventuale adeguamento alle
raccomandazioni prescritte
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Collaborazione
durante l'Audit, ma incompleto
adeguamento alle raccomandazioni
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Collaborazione
durante l'Audit, ma mancato
adeguamento alle raccomandazioni
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata partecipazione all'Audit

5

15

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 il Direttore
della SC Affari Generali e controlli
interni riferisce che come emerge
dal Verbale di sopralluogo e
relativa Check-List di Controllo del
25/06/2024, acquisito al Prot. n.
85648, la Direzione Sanitaria
Ospedaliera di Mondovì ha
pienamente collaborato con
l'Ufficio Ispettivo alla Verifica
dell'effettiva attuazione dei processi
relativi alla "Attività conseguenti al
DECESSO in ambito ospedaliero"
e "Vestizione delle salme in caso di
DECESSO nelle Strutture dell'ASL
CN1".
Pertanto, al 30/06/2024, il Servizio
appare in linea con il
raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
16/01/2025 il Direttore della S.C.
Affari Generali e Controlli Interni
riferisce che come emerge dal
Verbale di sopralluogo e relativa
Check-List di Controllo del
25/06/2024, acquisito al Prot. n.
85648, la Direzione Sanitaria
Ospedaliera di Mondovì ha
pienamente collaborato con
l'Ufficio Ispettivo alla verifica
dell'effettiva attuazione dei processi
relativi alla "Attività conseguenti al
DECESSO in ambito ospedaliero"
e "Vestizione delle salme in caso di
DECESSO nelle Strutture dell'ASL
CN1".
L'obiettivo risulta, pertanto,
pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 261 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 262 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 263 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP: Monitoraggio obiettivo con il supporto della SS Informatica e Telecomunicazioni

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Relazione sull'andamento dell'obiettivo
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata relazione sull'andamento dell'obiettivo

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che la Struttura ha trasmesso la relazione sull'andamento degli obiettivi.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).

L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.

Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 264 di 614

pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 265 di 614

GREEN OPERATING ROOM

a) Coordinamento nell'ottimizzazione della raccolta rifiuti in Sala Operatoria.
b) Identificazione di procedure virtuose da applicare al Blocco Operatorio all'interno del Green Team e creazione corsi di formazione per il personale di Sala Operatoria.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine giugno ed esecuzione di almeno 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine [OLD ottobre] novembre.

- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine settembre ed esecuzione di < 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine dicembre.

- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine dicembre ed esecuzione di 1 riunione del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano entro fine dicembre.

- Obiettivo non raggiunto (<60%):
a) Mancata creazione del Green Team multispecialistico;
b) Mancata formazione del personale del blocco operatorio.

10 15

100,00 100,00

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 21/08/2024, il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce che il Green Team nasce nel 2023 su iniziativa della Chirurgia Generale di Savigliano che, in occasione di una tesi di Specializzazione ed in collaborazione con la AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, riunisce un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di operatori del Blocco Operatorio di Savigliano, insieme con la Direzione Sanitaria di Presidio di Savigliano come responsabile del Blocco Operatorio. Dato il buon esito del confronto sulle buone pratiche per l'ottimizzazione della raccolta dei rifiuti in Sala Operatoria nelle varie riunioni del Green Team di Savigliano, si propone di coinvolgere il Dipartimento Chirurgico ai fini di condividere e diffondere le buone pratiche ai Blocchi Operatori di tutti i PP.OO. dell'ASLCN1, rendendo uniformi i comportamenti a livello Aziendale. Nella prima riunione del 03/04/2024 è stato presentato il progetto "Green Operating Room", illustrandone gli obiettivi e sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di aderire a buone pratiche di ottimizzazione dei rifiuti nei Blocchi Operatori. Nella riunione del 13/06/2024 si è provveduto ad ufficializzare la creazione del Green Team multispecialistico dell'ASLCN1 che include le Direzioni Sanitarie di Savigliano e Mondovì, i medici delle varie specialità chirurgiche afferenti ai blocchi operatori di Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 266 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. Inoltre, nella stessa riunione, sono stati programmati gli interventi formativi previsti per il mese di novembre 2024, in concomitanza con la settimana europea per la riduzione dei rifiuti, per aumentare la consapevolezza dell'importanza della tematica. E' prevista una successiva riunione conclusiva. L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce:

Creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.

La Formazione del personale è stata effettuata nelle giornate del 18 e 20 novembre 2024. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 267 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che la
Struttura collabora all'attività di
analisi, individuazione criticità e
tenuta rapporti con gli specialisti
interni. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

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

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo 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 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 98,9.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 268 di 614

PROGETTO CONSERVAZIONE
 CHIAVI IN PORTINERIA SU TUTTI I
 PP.OO

Creare, in ognuno dei 5
 Presidi Ospedalieri
 (Savigliano, Saluzzo,
 Fossano, Mondovì e Ceva)
 un punto unico di raccolta e
 stoccaggio delle chiavi
 presso il locale portineria
 affinché si possa accedere in
 caso di emergenza (allarme
 incendio – emergenze
 strutturali/funzionali) in tutti
 locali.

-Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): Creazione punto di raccolta
 su tutti e 5 i PP.OO
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%): Creazione
 punto raccolta in 3 PP.OO
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%): Creazione punto di
 raccolta in 2 PP.OO
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Mancata creazione punti raccolta

5	10
---	----

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

DIRETTORE SC
 LOGISTICA E
 DAPO

VERIFICA INFRANNUALE: Con
 Prot. 113850 del 30/08/2024 il
 Direttore Sostituto della DAPO
 riferisce che:
 Presidio di Savigliano: inviato
 richiesta Direzione Sanitaria di
 Presidio di comunicare ai
 reparti/servizi di consegnare copia
 delle chiavi. Predisposto in
 collaborazione con SC Tecnico
 planimetrie Presidio Ospedaliero di
 Savigliano. Verifica presenza chiavi
 Blocco G. Richiesta acquisto
 cassetine per contenimento chiavi.
 Presidio di Saluzzo: circa l'80%
 delle chiavi presente presso la
 portineria.
 Presidio di Fossano: circa il 60%
 delle chiavi presente presso la
 portineria.
 PRESIDIO DI MONDOVI: Presso
 il Centro Gestione Emergenze
 H24 - Centralino del Presidio di
 Mondovì, dove è presente un
 punto unico di raccolta e
 stoccaggio delle chiavi, si sta
 provvedendo a fare una opportuna
 ricognizione dell'esistente.
 PRESIDIO DI CEVA: Presso la
 Portineria/Centralino dell' Ospedale
 di Ceva, dove è presente un punto
 unico di raccolta e stoccaggio
 chiavi, si sta procedendo a
 controllare il funzionamento di tutte
 le chiavi già esistenti e a
 provvedere all'eventuale
 sostituzione/integrazione.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
 27/02/2025 il Direttore Sostituto
 della S.C. Logistica e DAPO
 riferisce che:
 nell'Area Nord:
 - PO di SAVIGLIANO: sono
 presenti le chiavi presso il punto
 unico di raccolta presso la

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 269 di 614

portineria;

- PO di FOSSANO: sono presenti la quasi totalità delle chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria;

- PO di SALUZZO: sono presenti la quasi totalità delle chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria.

Nell'area Sud:

- P.O. di CEVA: sono presenti le chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria;

- P.O. di MONDOVI': sono presenti le chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 270 di 614

Direttore: **FIORETTO FRANCO**

Struttura: **S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,93 % **Media 2:** 100,00 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 271 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 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 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 272 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

15	20
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 8 documenti autorizzati in ritardo, 5 per firma e 3 per mancanza di DURC. Mancata valorizzazione delle giustificazioni per i 3 documenti autorizzati in ritardo (DURC in istruttoria, partita non segnalata come bloccata).

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 273 di 614

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 2024,
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. 27792 del 28/02/2025 il
Direttore Generale riferisce che
tutte le Strutture hanno collaborato
per il raggiungimento dell'obiettivo
aziendale, per cui si considera
positivamente il raggiungimento
dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 274 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5	10
---	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 275 di 614

PRESTAZIONI EXTRA-LEA	Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche grazie alla compilazione delle schede di monitoraggio predisposte dall'Azienda al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato	15	20	100,00	100,00	RESPONSABILE SS DIREZIONE AMMINISTRATI VA TERRITORIALE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che l'obiettivo è in linea con le indicazioni aziendali. VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che gli inserimenti residenziali e semiresidenziali disposti dalla UMVD minori dell'ASL CN1 non generano extra lea ai sensi della normativa regionale di riferimento.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
STANDARDIZZAZIONE PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD NEI DISTRETTI	Costituzione di una UMVD minori unica a livello aziendale	Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Strutturazione UMVD minori unica entro giugno 2024 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Strutturazione UMVD minori unica entro giugno 2024 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Strutturazione UMVD minori unica entro luglio 2024 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Strutturazione UMVD minori unica entro settembre 2024	10	15	100,00	100,00	DIREZIONE SANITARIA	VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 03/09/2024 il Direttore Sanitario riferisce che a seguito di nota prot. 0087112 del 28/06/2024 è stata individuata la figura sanitaria di coordinamento (operatore unico trasversale ai dipartimenti) e le due figure amministrative di supporto. Sono state condivise le modalità di partecipazione alle sedute collegiali distrettuali e le procedure di valutazione, al fine di standardizzare le risposte ai bisogni assistenziali specifici. L'obiettivo è considerato raggiunto. VERIFICA ANNUALE: si conferma la valutazione espressa nella verifica infrannuale. Obiettivo pienamente raggiunto.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 276 di 614

TELEMEDICINA	<p>a)Incremento delle prestazioni di telemedicina nell'ambito dove viene già erogato il servizio (televisita)</p> <p>b)Incremento delle prestazioni di tele-riabilitazione attraverso strumenti avanzati di body-tracker.</p>	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):</p> <p>a)Incremento del 20% rispetto al 2023;</p> <p>b)utilizzo degli strumenti con 80 pazienti entro dicembre 2024.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):</p> <p>a)Incremento del 10% rispetto al 2023;</p> <p>b)utilizzo degli strumenti con 40 pazienti entro dicembre 2024.</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):</p> <p>a)Incremento del 5% rispetto al 2023;</p> <p>b)utilizzo degli strumenti con 20 pazienti entro dicembre 2024.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%):</p> <p>a)Mancato incremento delle prestazioni;</p> <p>b)non utilizzo degli strumenti avanzati di tele-riabilitazione.</p>	10	15	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. INTERAZIENDA LE MATERNO INFANTILE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che sono state incrementate le prestazioni di telemedicina con particolare attenzione a quelle di teleriabilitazione con strumenti innovativi (sistema homing xp di body tracking) sul versante dell'autismo e di soggetti con problematiche motorie.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: con mail del 30/01/2025 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che:</p> <p>a) sono state incrementate le prestazioni di telemedicina effettuate dalla struttura (1744 prestazioni dirette) rispetto alle prestazioni dell'anno 2023 (1347);</p> <p>b) sono stati presi in carico 81 pazienti con modalità innovative entro il dicembre 2024, l'obiettivo è stato raggiunto nonostante il ritardo di circa 6 mesi nella fornitura delle attrezzature indispensabili per dette attività peraltro fornite attraverso fondi finalizzati.</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
--------------	---	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 277 di 614

Direttore: **FUSCO PATRIZIA**

Struttura: **S.C. PEDIATRIA MONDOVI'**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 278 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	15	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 55,56%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 279 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 280 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	25
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 96,97%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: Pediatrica 95,31% (Sono esclusi i deceduti e i solventi)

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 281 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 282 di 614

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
 OSPEDALE-TERRITORIO NEL
 PERCORSO NASCITA

Istituzione di incontri
 trimestrali per condivisione e
 confronto tra gli specialisti
 ospedalieri e
 ambulatoriali del
 Dipartimento Materno
 Infantile su temi generici e
 specifici relativi al percorso
 nascita.

- Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): -Obiettivo pienamente
 raggiunto (100%): Incontri 4/4 entro il
 31/12/2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%): -Obiettivo
 sostanzialmente raggiunto (>95% fino
 a <100%): Incontri 3/4 entro il
 31/12/2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%): -Obiettivo
 parzialmente raggiunto (>60% fino a
 95%): Incontri 2/4 entro il 31/12/2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Incontro 1/4 entro il 31/12/2024.

15	30
----	----

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

DIRETTORE
 DIP.
 INTERAZIENDA
 LE MATERNO
 INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con
 mail del 02/09/2024 il Direttore del
 Dipartimento Materno Infantile
 riferisce che sono state svolte le
 seguenti attività:
 - effettuato primo incontro in data
 18/6/24
 - calendarizzate riunioni successive
 per le giornate del 8/10-4/11 e
 ultimo incontro nel mese di
 dicembre
 - ridefinita composizione Comitato
 percorso nascita
 - definita la metodologia di lavoro
 (almeno 2 incontri in presenza)
 - identificati i temi prioritari ed
 affrontabili (presa in carico fragilità
 psicologiche e sociali e progetto
 home visiting)

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
 30/01/2025 il Direttore del
 Dipartimento Materno Infantile
 riferisce che dopo il primo incontro
 effettuato in data 18/6 e già
 indicato in precedente verifica sono
 stati effettuati i successivi tre
 incontri programmati in data 8/10 in
 presenza, 4/11 condivisione da
 remoto e 11/12 in presenza.
 Durante l'incontro dell'8 ottobre si è
 identificato come tema prioritario
 su cui ipotizzare un progetto
 quello dell'home visiting e si sono
 costituiti gruppi di lavoro per
 lavorare su temi specifici. In data
 4/11 i vari gruppi hanno condiviso il
 materiale prodotto che è servito per
 stilare il progetto presentato e
 discusso in plenaria nell'ultimo
 incontro dell'11/12. Di ogni incontro
 è stato stilato verbale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 283 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

35	30
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione sono
stati considerati i seguenti fattori
secondo i quali è stato effettuato
un ricalcolo dell'indicatore:
- nell'ultimo trimestre 2024, si è
rilevato un forte incremento di
42.000€ sul consumo ospedaliero.
Questo è totalmente attribuibile
all'ATC J06BD08-NIRSEVIMAB
legato alla campagna di
immunizzazione raccomandata ai
neonati durante la prima stagione
di esposizione all'RSV. In fase di
assegnazione budget tale importo
non poteva essere previsto.
Punteggio scheda 96,3: sono stati
riconteggiati i risultati degli
indicatori in relazione a quanto
inserito nella colonna I (le tabelle
sono agli atti del CdG).

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 284 di 614

Direttore: **GARIBALDI ALESSANDRO (dal 31/07/2024) - SAGLIONE GIAN LUCA (Fino al 30/07/2024)**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 285 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

35 50

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 286 di 614

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.

35	50
----	----

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

DIRETTORE
COORDINAMEN
TO AREA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 30/08/2024 il Direttore Coordinamento Territoriale riferisce che con nota Prot. N. 0111252 del 26/08/2024 il responsabile della Vigilanza comunicava che: "Nel periodo gennaio- luglio 2024 la Commissione di Vigilanza sulle Strutture Socio Assistenziali ha effettuato almeno una verifica, mediante sopralluoghi o relazioni relative a visite in loco, al 61% delle strutture per anziani e al 22% delle strutture per disabili. Il target annuale fissato per l'obiettivo 4/27 risulta pertanto già raggiunto nei primi sette mesi per le strutture per anziani e sarà nostra cura garantire, entro fine anno, il raggiungimento anche per quanto riguarda quelle per disabili".

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/02/2025 il Direttore del Dipartimento per l'Integrazione Territoriale riferisce che nel periodo gennaio-dicembre 2024 la Commissione di Vigilanza sulle Strutture Socio Assistenziali ha effettuato almeno una verifica, mediante sopralluoghi o relazioni relative a visite in loco, a 78 strutture per anziani su 105 autorizzate, raggiungendo il 100% dell'obiettivo fissato (almeno 53 sopralluoghi pari al 50% del totale autorizzato) ed a 32 strutture per disabili su 54 autorizzate, raggiungendo il 100% dell'obiettivo fissato (almeno 27 sopralluoghi pari al 50% del totale autorizzato).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 287 di 614

Direttore: GATTOLIN ANDREA

Struttura: S.C. CHIRURGIA GENERALE MONDOVI'

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 288 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	5	10	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 52,45%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	---	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 289 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 290 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

5	10
---	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al reparto. 86,29%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 291 di 614

considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 292 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Creazione del Green Team multispecialistico entro fine giugno ed esecuzione di almeno 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Creazione del Green Team multispecialistico entro fine settembre ed esecuzione di < 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Creazione del Green Team multispecialistico entro fine dicembre ed esecuzione di 1 riunione del suddetto entro fine dicembre
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata creazione del Green Team multispecialistico.

10	10
----	----

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

DIRETTORE
 DIREZIONI
 SANITARIE
 SAVIGLIANO -
 MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 21/08/2024, il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce che il Green Team nasce nel 2023 su iniziativa della Chirurgia Generale di Savigliano che, in occasione di una tesi di Specializzazione ed in collaborazione con la AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, riunisce un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di operatori del Blocco Operatorio di Savigliano, insieme con la Direzione Sanitaria di Presidio di Savigliano come responsabile del Blocco Operatorio. Dato il buon esito del confronto sulle buone pratiche per l'ottimizzazione della raccolta dei rifiuti in Sala Operatoria nelle varie riunioni del Green Team di Savigliano, si propone di coinvolgere il Dipartimento Chirurgico ai fini di condividere e diffondere le buone pratiche ai Blocchi Operatori di tutti i PP.OO. dell'ASLCN1, rendendo uniformi i comportamenti a livello Aziendale. Nella prima riunione del 03/04/2024 è stato presentato il progetto "Green Operating Room", illustrandone gli obiettivi e sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di aderire a buone pratiche di ottimizzazione dei rifiuti nei Blocchi Operatori. Nella riunione del 13/06/2024 si è provveduto ad ufficializzare la creazione del Green Team multispecialistico dell'ASLCN1 che include le Direzioni Sanitarie di Savigliano e Mondovì, i medici delle varie specialità chirurgiche afferenti ai blocchi operatori di Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 293 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.
L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE EX POST DELLE RICHIESTE DI PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI IN CLASSE B IN BASE AI CRITERI RAO AGENAS

Con riferimento alla SS Endoscopia Digestiva Mondovì Verifica della congruenza prescrittiva delle richieste in classe B per le prestazioni di gastroscopia, colonscopia, ecocardiografia rispetto alle indicazioni contenute nei documenti nazionali e regionali sui RAO.
Invio mensile, a partire da aprile, di report alla SS Gestione Front Office, sulla base di modello standard, completo di dati relativi al prescrittore.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Invio n. 9 report mensili
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Invio di almeno 7 report mensili su 9
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata verifica e mancato invio report mensili

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS GESTIONE
FRONT OFFICE

VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 114931 del 03/09/2024 Il Responsabile della SS Gestione Fornt Office riferisce che al momento sono disponibili i report dei mesi di aprile maggio giugno e luglio. La SS Gestione Front Office li sta accorpando e unificando per poter relazionare agli interessati.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 27/02/2025 il Direttore Sostituto della SC Logistica e DAPO riferisce che la SS Gestione Front Office ha ricevuto tutti i 9 report mensili. L'obiettivo è pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 294 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

20	20
----	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
l'obiettivo è raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione sono
stati considerati i seguenti fattori
secondo i quali è stato effettuato
un ricalcolo dell'indicatore:
- è stato tenuto conto
dell'incremento di attività di
chirurgia bariatrica e
gastroenterologia (come da nota
inserita sulla scheda R/A).
Per quanto riguarda la chirurgia
bariatrica (DRG 288) l'Azienda ha
dovuto mettere in atto le azioni
definite nel progetto di recupero
della mobilità passiva
extraregionale, come richiesto negli
obiettivi assegnati alle Direzioni
Generali per l'anno 2024,
incrementando in modo
significativo l'attività: si è infatti
passati da 51 interventi effettuati
nel 2023 a 75 nel 2024 con un
conseguente incremento dei costi
pari a circa € 37.000.
La gastroenterologia non ha invece
subito incrementi consistenti:
- in considerazione dell'allungarsi
delle liste d'attesa sugli interventi di
chirurgia vascolare il dott. Grillo ha
autorizzato, a partire dal mese di
agosto, l'incremento di
acquisizione dei dispositivi 'ELVES'
fino ad un massimo di 25/mese al
fine di incrementare le procedure
- a novembre, come concordato
con la SC Bilancio e Contabilità a

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 295 di 614

conseguenza del cambio dell'applicativo amministrativo-contabile, è stato effettuato un ordine maggiore di dispositivi di sala operatoria (in particolare di suturatrici) al fine di effettuare una scorta in magazzino di sala operatoria per evitare interruzioni di attività

Punteggio scheda 95,7: Sono stati riconteggiati i risultati degli indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 296 di 614

PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Ottimizzazione del Progetto di Patient Blood Management con valutazione e correzione dell'anemia e/o del deficit marziale pre-operatorio per il paziente candidato ad interventi chirurgici ed urologici con previsione di necessità trasfusionale.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura del progetto entro il 30/06/2024 ed inizio arruolamento pazienti entro il 30/09/2024
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Stesura del progetto entro il 30/09/2024 ed inizio arruolamento entro il 31/10/2024
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Stesura del progetto entro il 31/10/2024 ed inizio arruolamento entro il 30/11/2024
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata stesura ed applicazione del progetto entro il 31/12/2024.

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS MEDICINA
TRASFUSIONAL
E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica infrannuale effettuata al 30/08/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;
- pubblicazione sull'Intranet aziendale ed inizio arruolamento pazienti a luglio 2024.
A disposizione verbali di riunioni e documento "DOCsimt511: Protocollo Operativo di Patient Blood Management" Rev. 2 di Giugno 2024.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 13/12/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica finale effettuata al 10/12/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 297 di 614

PDTA TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALE

Definizione PTDA
intraziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDTA con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDTA
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDTA entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

10 20

100,00 100,00

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

- pubblicazione sull'Intranet
aziendale ed inizio arruolamento
pazienti a luglio 2024.

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDTA
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDTA è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 298 di 614

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	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 299 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 300 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 301 di 614

COLLABORAZIONE COMMISSIONE TECNICA PER REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE	Collaborazione con la commissione tecnica per la realizzazione del nuovo Ospedale di Savigliano.	[OLD Preliminare al 30/06/2024.] Partecipazione agli incontri organizzati periodicamente dalla SC Servizio Tecnico. Valutazione della Direzione Generale	30	30	100,00	100,00	DIRETTORE SC SERVIZIO TECNICO	<p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 30/08/2024 il Direttore Sostituto S.C. Servizio Tecnico riferisce che il Responsabile della S.S.D. ambiente, agenti fisici e radioprotezione, data la specificità degli argomenti di competenza ha partecipato, nel corso dei primi mesi dell'anno, alle seguenti riunioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riunione del 26.01.2024-- oggetto: INCONTRO PRELIMINARE; - riunioni del 09.07.2024 - 10.07.2024 - -oggetto: VERIFICA DELLE DOTAZIONI PER LE SEGUENTI UNITÀ: SERVIZIO TRASFUSIONALE, LABORATORIO ANALISI, CENTRO PRELIEVI E ANATOMIA PATOLOGICA; VERIFICA DEL LAYOUT SVILUPPATO PER LA FARMACIA AL PIANO INTERRATO E VERIFICA DOTAZIONI PER IL SETTORE DI DISTRIBUZIONE DIRETTA AL PUBBLICO AL PIANO TERRA. <p>Conclusioni obiettivo infrannuale: Il Dirigente ha collaborato e ha fornito il suo fattivo contributo professionale.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: con mail del 21/02/2024 (prot. 25024 del 24/02/2024) il Direttore Sostituto della S.C. Servizio Tecnico riferisce che il Responsabile della S.S.D. Ambiente, Agenti Fisici e Radioprotezione, data la specificità degli argomenti di competenza ha partecipato, nel corso dei primi mesi dell'anno, alle seguenti riunioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riunione del 26/01/2024 - INCONTRO PRELIMINARE; - riunione del 10/07/2024, avente ad oggetto la verifica delle 	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
---	--	--	----	----	--------	--------	-------------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 302 di 614

dotazioni della diagnostica per immagini.
 In data 18/06/2024 il dott. Gentile ha consegnato la relazione tecnica preliminare contenente elementi utili alla progettazione.
 In data 23 e 24/07/2024 il dott. Gentile ha inviato osservazioni relative all'attività di radiologia, necessarie per procedere alla progettazione.
 A seguito della prima consegna degli elaborati, relativamente alla distribuzione planimetrica della diagnostica per immagini, il dott. Gentile ha consegnato una relazione sugli aspetti radioprotezionistici della diagnostica per immagini, includendo anche la MRI.
 Conclusioni: il Dirigente ha collaborato e ha fornito il suo fattivo contributo professionale.

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 303 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 304 di 614

FORMAZIONE RADIOPROTEZIONE	<p>Messa a disposizione di almeno una edizione di corso per Lavoratori ex art 111 D Lgs 101/2020 e preposti ex art 110 D. Lgs 101/2020,</p> <p>Corso Miglioramento qualità, Corso statistica, Corso Sicurezza in Risonanza Magnetica, Corso Sui Campi elettromagnetici, Corso con esercitazioni radioprotezionistiche. Corso Gas Tossici, Corso ex art 162 D Lgs 101/2022 Radioprotezione pazienti.</p>	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Attivazione di tutti i corsi.</p> <p>- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): progettazione di tutti i corsi e attivazione di cinque di essi.</p> <p>- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): progettazione di tutti i corsi e attivazione di due di essi.</p> <p>- Obiettivo non raggiunto: mancata progettazione dei corsi.</p>	10	15	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che sono state messe a disposizione almeno una edizione dei corsi previsti dall'obiettivo. La documentazione è agli atti della Struttura</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che nella relazione sintetica Prot. N. 0004019 del 13/01/2025 si dà evidenza che i corsi messi a disposizione e le relative edizioni hanno pienamente raggiunto l'obiettivo.</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
----------------------------	---	---	----	----	--------	--------	---	--	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 305 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Numero di interventi vicarianti effettuati pari al 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Numero di interventi vicarianti effettuati inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p>	5	15	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che la Struttura collabora attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la struttura collabora regolarmente con la commissione di vigilanza, e vicaria in varie situazioni i colleghi di altri servizi.</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
-----------------------------	---	---	---	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 306 di 614

RADON

a. Edificio C - Villa Santa Croce Dipartimento Prevenzione:
 - completamento campagna di misura
 - redazione Valutazione rischi
 - relazione a metà campagna;
 b. Strutture Peveragno Vinadio Venasca Saluzzo:-
 Relazione a metà campagna;
 c. Edifici A e B Villa Santa Croce -Distretto - CSM e Strutture Via Carlo Boggio:
 - Progettazione Campagna Misure
 - Protocollo interno comunicazione inizio misure
 - Messa a Disposizione delle valutazioni su intranet.
 d. Corso o informativa su radon per operatori

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Realizzazione di tutte le attività previste ai punti a-b-c-d
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Realizzazione di tutte le attività previste ai punti a-b-c
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Realizzazione di tutte le attività previste ai punti a-b
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Realizzazione delle attività previste per punto a o b o nessuno

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che Riguardo al punto a, b e d attuazione al 100%; riguardo al punto c sono in corso le misure negli edifici A e B di villa Santa Croce previa progettazione e comunicazione . E' in progettazione la campagna per via Carlo Boggio. Si ritiene attuato oltre l'80%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che nella relazione sintetica Prot. N. 0004019 del 13/01/2025 si dà

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 307 di 614

Direttore: GIAIME DARIO

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 308 di 614

ESTENSIONE ATTIVITA'
ANTALGICA DI AGOPUNTURA
SULLA SEDE DI SAVIGLIANO

Avvio attività agopuntura per
il trattamento del dolore sulla
sede di Savigliano

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): inizio attività entro il 30
giugno 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): inizio attività
entro il 30 settembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): inizio attività entro il
31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancato avvio dell'attività
interventistica sulla sede di Savigliano
al 31.12.2024

10	30
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che che l'attività
di agopuntura, ha avuto inizio sulla
sede di Savigliano dal 26 febbraio
2024 con un ambulatorio di 6 ore
settimanali. Il Dott. Giaime segnala
in data 30 luglio 2024 che l'attività
di agopuntura procede
regolarmente a cadenza
settimanale senza riduzione estiva.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza conferma quanto indicato
nella verifica infrannuale.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 309 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	10	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 82,64%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 310 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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 a 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma ≥ 60
 -Obiettivo non raggiunto ($<60\%$): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60 .

35 35

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
Punteggio scheda 99,2.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 311 di 614

STESURA PROCEDURE IN
AMBITO DEU

Avvio attività di procedure
antalgiche interventistiche
per il trattamento del dolore
(sulla sede di Mondovì)*
*compatibilmente con la
disponibilità di personale
infermieristico/OSS

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): inizio attività entro il 30
giugno 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):inizio attività
entro il 30 settembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):inizio attività entro il
31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):mancato avvio dell'attività
interventistica sulla sede di Mondovì al
31.12.2024

15	25
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che :
- n data 21/06/2024 sono state
avviate n. 2 sale di procedure
antalgiche interventistiche sulla
sede di Mondovì il 30 maggio e il
20 giugno 2024. Da definire con il
DIPSA l'attività interventistica dal
mese di settembre in base alle
risorse di personale disponibili;
- con mail del del 30.07.2024 il
Dott. Giaime ha comunicato il
seguente aggiornamento: proposta
l'organizzazione delle sedute di
procedure antalgiche
interventistiche a partire dal 12
settembre con cadenza
quindicinale; si è in attesa di
riscontro da parte del DIPSA.
Il Dott. Raviolo in data 16.8.24
riferisce che è stato concordato
con il Dipsa il calendario delle
sedute sulla sede di Mondovì dal
12 settembre al 19 dicembre 2024.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza conferma quanto indicato
nelle verifica infrannuale.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 312 di 614

Direttore: GIANOTTI LAURA

Struttura: S.C. DIABETOLOGIA TERRITORIALE

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 313 di 614

ATTIVAZIONE AMBULATORIO
 MULTISPECIALISTICO
 ENDOCRINOLOGICO-
 REUMATOLOGICO

Attività e gestione integrata endocrinologica-reumatologica delle malattie endocrino-metaboliche, autoimmuni e delle malattie del metabolismo osseo con l'attivazione di un ambulatorio condiviso e co-gestito da Specialista Endocrinologo e Specialista Reumatologo che definirà un percorso di salute, diagnosi e cura del paziente con comorbidità endocrinologiche, metaboliche e reumatologiche

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Almeno 10 pazienti presi in carico con avvio di terapie condivise, razionalizzazione della diagnostica e del percorso di follow-up entro 30/09/2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Almeno 10 pazienti presi in carico con avvio di terapie condivise, razionalizzazione della diagnostica e del percorso di follow-up entro 31/12/2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Almeno 5 pazienti presi in carico con avvio di terapie condivise, razionalizzazione della diagnostica e del percorso di follow-up entro 31/12/2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata attivazione

20	30
----	----

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

DIRETTORE
 DIP. MEDICO
 SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/08/2024 il Direttore Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da email del 14/7/24 del Direttore S.C. Diabetologia Territoriale, l'ambulatorio multidisciplinare endocrino - reumatologico è stato attivato a partire dal 17/04/2024 presso le sedi di Mondovì e Saluzzo. Alla data del 15/07 risultavano presi in carico n° 10 pazienti di cui 6 già valutati ed altri 4 in attesa di valutazione (programmata entro fine luglio).

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 19/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da mail del 05/02/2025 del Direttore SC Diabetologia Territoriale, l'Ambulatorio multidisciplinare endocrino/reumatologico è stato attivato il 17/04/2024 presso le sedi di Saluzzo e Mondovì (come da verifica infrannuale) e al 31/12/2024 sono stati presi in carico e valutati 15 pazienti. Con mail del 7/02/2025 il Direttore SC Diabetologia Territoriale specifica che dopo verifica con il Controllo di Gestione è emerso che i pazienti presi in carico sono 7 sul Presidio Ospedaliero di Mondovì e 16 sul Presidio Ospedaliero di Saluzzo per un totale di 23 pazienti per l'anno 2024.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 314 di 614

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 2024,
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. 27792 del 28/02/2025 il
Direttore Generale riferisce che
tutte le Strutture hanno collaborato
per il raggiungimento dell'obiettivo
aziendale, per cui si considera
positivamente il raggiungimento
dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 315 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	15	20	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera- Repository del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 43,97%</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 316 di 614

				considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.			
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	2530	100,00100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che si segnalano criticità sul rapporto costi/ricavi per cui si rendono necessari approfondimenti con il Direttore Sanitario e i servizi di staff interessati. Obiettivo parzialmente raggiunto (95%). VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 100,9	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 317 di 614

TRATTAMENTO
DELL'IPERCOLESTEROLEMIA -
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
FARMACI BIOTECNOLOGICI
UTILIZZATI

sub 1) Partecipazione ad
audit a cadenza semestrale
per discussione casi clinici.
Sub 2) 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 audit entro il
30/06/2024 e il 31/12/2024
sub 2) 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 audit
entro 30/06/2024
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 audit entro
31/12/2024
sub 2) 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 audit entro 31/12/2024
Sub 2) < 60% dei pazienti > 80 aa in
terapia con PCSK9 a cui non viene
rinnovato il piano terapeutico o
dettagliata relazione clinica.

10	20
----	----

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

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che:
Sub 1) Eseguito primo audit entro
il 30/06/2024.
Sub 2) Per la totalità dei pazienti
con età maggiore a 80 anni è stata
effettuata una breve relazione
clinica, in cui è stata motivata la
scelta di proseguire il trattamento
con l'inibitore PCSK9.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che
sub 1) Entrambi gli audit sono stati
organizzati e svolti entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
Gli audit si sono ancora una volta
confermati una valida occasione di
incontro tra clinici e farmacisti per
rivalutare complessivamente il
processo di prescrizione ed
erogazione del farmaco nell'ottica
di ottimizzare sia l'efficacia per il
paziente che l'appropriatezza della
prescrizione anche in termini di
allocazione razionale delle risorse.
sub 2) Dai report elaborati dalla
S.C. Farmacia Ospedaliera sono
stati evidenziati in totale 4 pazienti

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 318 di 614

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	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI	Biosimilari oncologici: a) % (sul totale) di pazienti naive avviati al trattamento con biotecnologico oncologico nella formulazione aggiudicata a minor costo; b) % (sul totale) di pazienti già in terapia con biotecnologico oncologico shiftati su formulazione aggiudicata a minor costo.	- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): 100% dei pazienti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): ≥ 98% dei pazienti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): ≥ 95% dei pazienti - Obiettivo non raggiunto (<60%): < 95% dei pazienti	15	20	100,00	100,00	DIRETTORE SC FARMACIA OSPEDALIERA	<p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 13/08/2024 il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera riferisce che:</p> <p>a) 100% di pazienti naive avviati al trattamento con biotecnologico aggiudicato a minor costo.</p> <p>b) 100% pazienti già in terapia shiftati all'aggiudicatario di gara.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 21/02/2025 il Direttore della Farmacia Ospedaliera riferisce che Anche la verifica annuale finale non ha evidenziato incongruenze rispetto a quanto previsto dall'obiettivo e in particolare i biosimilari oncologici sono stati utilizzati:</p> <p>a) nel 100% dei pazienti naive</p> <p>b) nel 100% dei pazienti già in terapia, che sono stati shiftati all'aggiudicatario di gara.</p> <p>L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 319 di 614

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

30	0
----	---

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in Regione in data 29.02.2024 con prot n 29599) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2024 con prot. n 73305 e approvato con determinazione del responsabile del Dipartimento di prevenzione n°1130 del 21/6/2024).

b) Il Dipartimento ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione e sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2024, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che a) La Struttura ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 320 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 321 di 614

EFFICIENTAMENTO E
 COMPLETAMENTO UTILIZZO
 PROCEDURA CARTELLA
 AMBULATORIALE ONCOLOGICA

a)Aggiornamento schemi di
 terapia con incontri tra
 Oncologo e Farmacista per
 eliminazione schemi desueti,
 aggiornamento schemi in
 uso e inserimento nuovi
 schemi con farmaci
 approvati nel 2024.
 b)percentuale di diagnosi
 "null" nel programma Human.

- Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%):
 a)aggiornamento > 80 % degli schemi
 delle patologie principali
 (gastroenterico, mammella, polmone,
 urologico e ginecologico)
 b)diagnosi "null" < 10%
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%):
 a)aggiornamento > 70 % degli schemi
 b)diagnosi "null" < 20%
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%):
 a)aggiornamento > 60% degli schemi
 b)diagnosi "null" < 25%
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 a)aggiornamento < 60% degli schemi
 b)diagnosi "null" < 30%

10	20
----	----

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

DIRETTORE
 DIP. MEDICO
 GENERALE E
 RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: Con
 mail del 02/09/2024 il Direttore del
 Dipartimento Medico Generale
 Riabilitativo riferisce che da fine
 2023 - inizio 2024, in
 collaborazione con la Farmacia
 Ospedaliera, è iniziato un processo
 di aggiornamento degli schemi
 terapeutici registrati sul programma
 informatico Human utilizzato per le
 richieste delle terapie oncologiche.
 Ad oggi, sono stati apportati
 aggiornamenti su tutte le patologie
 tumorali e gli schemi obsoleti sono
 stati eliminati o corretti per l'80%
 delle patologie.
 Le diagnosi "null" sono, ad oggi, il
 4,8 % delle nuove diagnosi
 oncologiche ddall'1/01/24 al
 30/06/2024.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
 20/02/2025 il Direttore del
 Dipartimento Medico Generale
 Riabilitativo riferisce che al
 31/12/2024 sono stati apportati
 aggiornamenti su tutte le patologie
 tumorali e gli schemi obsoleti sono
 stati eliminati o corretti per oltre
 l'80% delle patologie.
 Le diagnosi "null" sono, ad oggi, il
 4,8 % delle nuove diagnosi
 oncologiche dall'1/01/24 al
 31/12/2024.
 Pertanto l'obiettivo risulta
 pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 322 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che non sono risultano ricoveri.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).

L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.

Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.

Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 323 di 614

Strutture.									
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo 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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche segnala la necessità di mantenere il monitoraggio mensile della spesa dei farmaci. Obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che nella valutazione sono stati considerati i seguenti fattori secondo i quali è stato effettuato un ricalcolo dell'indicatore: - il numero di utenti in carico per trattamenti chemioterapici è incrementato del 15%; - l'incremento di costo per ogni trattamento di chemioterapia rispetto al 2023 è pari a circa € 15. L'incremento della spesa è dovuto all'utilizzo di farmaci nuovi, utilizzati secondo le indicazioni AIFA, che hanno un costo decisamente maggiore; - sono state effettuate le azioni di monitoraggio periodico con il servizio Farmaceutico come da nota inserita sulla scheda di budget. Punteggio scheda 96,3: sono stati riconteggiati i risultati degli indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG).	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 324 di 614

VERIFICA APPROPRIATEZZA
 PRESCRITTIVA - MONITORAGGIO
 AIFA

Compilazione puntuale
 richieste monitoraggio AIFA:
 compilazione entro 30 giorni
 dalla somministrazione del
 Farmaco della richiesta AIFA
 sulla Piattaforma dedicata.

.- Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): 100% richieste presenti sulla
 piattaforma AIFA.
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%):
 ≥ 98% delle richieste presenti sulla
 piattaforma AIFA.
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%):
 ≥ 95% delle richieste presenti sulla
 piattaforma AIFA.
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):<
 95% delle richieste presenti sulla
 piattaforma AIFA.

15	20
----	----

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

DIRETTORE SC
 FARMACIA
 OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
 mail del 13/08/2024 il Direttore
 S.C. Farmacia Ospedaliera
 riferisce che non sono state rilevate
 criticità. La compilazione delle
 schede AIFA è stata puntuale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
 21/02/2025 il Direttore della
 Farmacia Ospedaliera riferisce che
 a fine anno 2024 non si sono
 rilevate criticità né ritardi nella
 compilazione dei registri AIFA.
 L'obiettivo risulta pertanto
 pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 325 di 614

Direttore: GRASSO MARIA FEDERICA (Dir.Temp. dal 01/10/2024) - BONGIOANNI MARIA ROBERTA (fino al 30/

Struttura: S.C. NEUROLOGIA SAVIGLIANO

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 326 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	20	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 89,55%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 327 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 328 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	20
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 87,50%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 329 di 614

considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 330 di 614

IMPLEMENTAZIONE PRESTAZIONI
TELECONSULENZA/TELEREFERTA
ZIONE TRA PPOO DELL'ASL CN1

Presenza di referti di esami
strumentali (EEG, EMG, PE)
erogati da remoto
Presenza di Teleconsulenze
neurologiche erogate da
remoto

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Teleconsulenza e
telerefertazione entro il 31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Telerefertazione
entro il 30/06/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Telerefertazione
entro il 30/09/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Nessuna
teleconsulenza/telerefertazione

10	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/08/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da email del 15/7/24 del Direttore della S.C. Neurologia Mondovì a partire dal 1/4 us è stata avviata la Teleconsulenza per il percorso ST del paziente con ictus che accede al PO Savigliano da parte della Neurologia di Mondovì. Al 31/7 sono state effettuate con tale modalità n° 8 Teleconsulenze. La Telerefertazione degli esami di Neurofisiologia non è ancora avviata in quanto il sistema è stato messo in rete solo alla fine del mese di giugno e persistono al momento alcune problematiche tecniche (in via di risoluzione).

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 19/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da mail del 12/02/2025 del Direttore f.f. della SC Neurologia Savigliano, viene confermato che dal 01/04/2024 è stata avviata la Teleconsulenza per il percorso ST del paziente con ictus che accede al PO Savigliano da parte della Neurologia di Mondovì. Dal 01/10/2024 sono state inserite nella turnazione per il Telestroke la dott.ssa Rosso e la dott.ssa Giordano della SC Neurologia di Savigliano. Dal 01/12/2024 è stata avviata la sperimentazione con la ASO S. Croce e Carle di Cuneo che prevede la turnazione di tutti i Neurologi del quadrante (ASO/ASLCN1) sulla copertura attiva delle notti a Cuneo con un collegamento in Telestroke degli Spoke dalle ore 20.00 alle ore 8.00

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 331 di 614

estendendo la pratica del Telestroke in linea con gli obiettivi prefissati. Dai dati inviati, nel periodo Gennaio-Dicembre 2024 sul Telestroke sono state effettuate 68 chiamate, 42 Teleconsulenze e 7 Teleconsulti Neuroradiologici. Dal 1/10/2024 è stata attivata la teleriferazione per esami neurofisiologici eseguiti a Savigliano e refertati a Mondovì (per un totale di circa 50 esami elettromiografici e di 10 potenziali evocati). Per quanto inerente la Telemedicina sono state eseguite 90 prestazioni per la SC Neurologia di Mondovì e 128 prestazioni per la SC Neurologia di Savigliano (come da mail del 14/02/2025 del Controllo di Gestione).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 332 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

25

20

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
l'obiettivo è raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che come da nota inserita
sulla scheda R/A "Valutazione in
funzione dei posti letto" è stato
considerato il crollo dell'attività di
ricovero e ambulatoriale a causa
della grave carenza di personale. I
Posti letto sono passati da 12,2
(media 2023) a 6,1 (media 2024) e
il numero di FTE (Full Time
Equivalent) è passato da 4,9
(media 2023) a 2,8 (media 2024)
Si segnala che l'indicatore di
produttività per medico (indicatore
n.ro visite e controlli per medico e
numero ricoveri per medico) è
cresciuto sia rispetto all'anno 2023
che all'anno 2019, evidenziando
l'impegno del poco personale
medico rimasto.

Punteggio scheda > 95: sono stati
riconteggiati i risultati degli
indicatori in relazione a quanto
inserito nella colonna I (le tabelle
sono agli atti del CdG).

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 333 di 614

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 audit entro il
30/06/2024 e il 31/12/2024
sub 2) 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 audit
entro 30/06/2024
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 audit entro
31/12/2024
sub 2) 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 audit entro 31/12/2024
Sub 2) < 60% dei pazienti > 80 aa in
terapia con PCSK9 a cui non viene
rinnovato il piano terapeutico o
dettagliata relazione clinica.

15	20
----	----

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

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che:
sub 1) Eseguito primo report entro
il 30/06. E' stata compilata la
scheda condivisa per tutti i pazienti
che hanno effettuato uno shift a un
DMD di seconda linea ad alto costo
e per tutti i pazienti che hanno
iniziato da subito il trattamento con
un farmaco di seconda linea.
sub 2) Non ci sono pazienti
intolleranti/non responder, pertanto
non sono state effettuate
segnalazioni di farmacovigilanza.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che
sub 1) Entrambi i report sono stati
redatti e presentati entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
E' stata compilata la scheda
condivisa per tutti i pazienti che
hanno effettuato uno shift a un
DMD di seconda linea ad alto costo
e per tutti i pazienti che hanno

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 334 di 614

Direttore: GRASSO MARIA FEDERICA (Direttore dal 15/01/2024)

Struttura: S.C. NEUROLOGIA MONDOVI'

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 335 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	20	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 61,71%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 336 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 337 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	20
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 93,94%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 338 di 614

considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 339 di 614

IMPLEMENTAZIONE PRESTAZIONI
TELECONSULENZA/TELEREFERTA
ZIONE TRA PPOO DELL'ASL CN1

Presenza di referti di esami
strumentali (EEG, EMG, PE)
erogati da remoto
Presenza di Teleconsulenze
neurologiche erogate da
remoto

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Teleconsulenza e
telerefertazione entro il 31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Telerefertazione
entro il 30/06/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Telerefertazione
entro il 30/09/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Nessuna
teleconsulenza/telerefertazione

15	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/08/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da email del 15/7/24 del Direttore della S.C. Neurologia Mondovì a partire dal 1/4 us è stata avviata la Teleconsulenza per il percorso ST del paziente con ictus che accede al PO Savigliano da parte della Neurologia di Mondovì. Al 31/7 sono state effettuate con tale modalità n° 8 Teleconsulenze. La Telerefertazione degli esami di Neurofisiologia non è ancora avviata in quanto il sistema è stato messo in rete solo alla fine del mese di giugno e persistono al momento alcune problematiche tecniche (in via di risoluzione).

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 19/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da mail del 12/02/2025 del Direttore f.f. della SC Neurologia Savigliano, viene confermato che dal 01/04/2024 è stata avviata la Teleconsulenza per il percorso ST del paziente con ictus che accede al PO Savigliano da parte della Neurologia di Mondovì. Dal 01/10/2024 sono state inserite nella turnazione per il Telectroke la dott.ssa Rosso e la dott.ssa Giordano della SC Neurologia di Savigliano. Dal 01/12/2024 è stata avviata la sperimentazione con la ASO S. Croce e Carle di Cuneo che prevede la turnazione di tutti i Neurologi del quadrante (ASO/ASLCN1) sulla copertura attiva delle notti a Cuneo con un collegamento in Telectroke degli Spoke dalle ore 20.00 alle ore 8.00

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 340 di 614

estendendo la pratica del Telestroke in linea con gli obiettivi prefissati. Dai dati inviati, nel periodo Gennaio-Dicembre 2024 sul Telestroke sono state effettuate 68 chiamate, 42 Teleconsulenze e 7 Teleconsulti Neuroradiologici. Dal 1/10/2024 è stata attivata la teleriferazione per esami neurofisiologici eseguiti a Savigliano e refertati a Mondovì (per un totale di circa 50 esami elettromiografici e di 10 potenziali evocati). Per quanto inerente la Telemedicina sono state eseguite 90 prestazioni per la SC Neurologia di Mondovì e 128 prestazioni per la SC Neurologia di Savigliano (come da mail del 14/02/2025 del Controllo di Gestione).

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo non raggiunto ($<60\%$): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60 .

20 20

100,00 100,00

RESPONSABILE SS
 CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
 Punteggio scheda 117.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 341 di 614

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 30/06/2024
e il 31/12/2024;
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 30/06/2024;
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 31/12/2024;
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 31/12/2024;
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.

15	20
----	----

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

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che:
sub 1) Eseguito primo report entro
il 30/06. E' stata compilata la
scheda condivisa per tutti i pazienti
che hanno effettuato uno shift a un
DMD di seconda linea ad alto costo
e per tutti i pazienti che hanno
iniziato da subito il trattamento con
un farmaco di seconda linea
sub 2) E' stata effettuata una
segnalazione di reazione avversa
per un paziente che è stato shiftato
ad un farmaco a maggior costo.
Non ci sono altri casi di pazienti
intolleranti/non responder

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che
sub 1) Entrambi i report sono stati
redatti e presentati entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
E' stata compilata la scheda
condivisa per tutti i pazienti che
hanno effettuato uno shift a un
DMD di seconda linea ad alto costo
e per tutti i pazienti che hanno
iniziato da subito il trattamento con
un farmaco di seconda linea.
sub 2) Oltre al singolo caso,
evidenziato nel primo semestre, di
un paziente shiftato a un farmaco a
maggior costo per cui era stata
redatta segnalazione di reazione
avversa, nel corso del secondo
semestre non si sono rilevati
ulteriori casi, pertanto non sono

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 342 di 614

Direttore: LAUNARO NICOLA

Struttura: S.C. FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA SALUZZO

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 343 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	25
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 89,04%. Sono esclusi i deceduti.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 344 di 614

considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo 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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che si segnalano criticità sul rapporto costi/ricavi per cui si rendono necessari approfondimenti sul numero di pazienti con deficit di antitripsina presi in carico (come da nota inserita sulla scheda). Obiettivo parzialmente raggiunto (95%).

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che nella valutazione sono stati considerati seguenti fattori secondo i quali è stato effettuato un ricalcolo dell'indicatore:
 - come da nota inserita sulla scheda R/A sono stati ricalcolati i valori di sfioramento in base al numero di pazienti con deficit di antitripsina presi in carico (3 come indicato nella relazione del dott. Launaro agli atti presso la struttura relazionante).
 Punteggio scheda 99,3: sono stati riconteggiati i risultati degli indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 345 di 614

REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO

Revisione PEIMAF (piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti) ospedale di Saluzzo

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): PEIMAF SALUZZO revisionato entro il 15 novembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): PEIMAF SALUZZO revisionato entro il 30 novembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): PEIMAF SALUZZO revisionato entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata revisione del PEIMAF SALUZZO al 31 dicembre 2024

20	30
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che il Dott. Launaro con mail del 31.7.24 ha comunicato che al momento sono stati effettuati 3 incontri con la Direzione Sanitaria (Dr.ssa Moroni) nel corso delle quali si è definito una modalità operativa "generale " che potrebbe prevedere l'ospedale di Saluzzo come supporto operativo all'ospedale di Savigliano cercando di liberare quest'ultimo il più rapidamente possibile dai ricoveri ordinari sia in Medicina che in Rianimazione . Negli incontri il Dott. Launaro ha proposto il trasferimento dei letti di terapia intensiva nel blocco operatorio in modo da avere 6 letti disponibili ed efficienti per poter accogliere i pazienti ricoverati in rianimazione a Savigliano. Tale trasferimento secondo il Dott. Launaro dovrebbe essere effettuato dall'equipe di Saluzzo che si reca a Savigliano per prendere i pazienti da trasferire . Per quanto riguarda le risorse umane il personale medico di Saluzzo è in grado di sopperire all'incremento di lavoro anche perchè verrebbe chiuso il PS . Le camere liberate potrebbero assicurare ulteriori 6 posti di Medicina . E' previsto un incontro per il 4 Settembre per concretizzare e quindi stilare il piano per Saluzzo.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 346 di 614

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.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Due audit entro il 30/06/2024
e il 31/12/2024 con partecipazione di
più di uno specialista delle Strutture
coinvolte.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Un audit entro
30/06/2024 con partecipazione di più
di uno specialista delle Strutture
coinvolte.
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Un audit entro
31/12/2024 con partecipazione di
almeno uno specialista per Struttura.
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
Nessun audit entro 31/12/2024.

15	25
----	----

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

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza riferisce che I PEIMAF
sono stati tutti revisionati al 31
dicembre 2024, ma necessitano di
ulteriori valutazioni alla luce delle
modifiche intervenute in termini di
personale medico, dipartimentale
(direttori) e per il coinvolgimento
delle Cooperative.

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che il primo audit si è
svolto secondo le tempistiche
previste, alla presenza di più
specialisti: pneumologi,
otorinolaringoiatri, allergologo.
Sono stati discussi casi clinici
portati dalle varie figure coinvolte,
si è rafforzato il modello di
approccio multidisciplinare per la
gestione dei pazienti con tali
patologie.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che
entrambi gli audit sono stati
organizzati e svolti entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
Gli audit si sono ancora una volta
confermati una valida occasione di
incontro tra clinici e farmacisti per
rivalutare complessivamente e in
modo multidisciplinare il processo di
prescrizione ed erogazione del
farmaco nell'ottica di ottimizzare
sia l'efficacia per il paziente che
l'appropriatezza della prescrizione
anche in termini di allocazione
razionale delle risorse. L'obiettivo
risulta pertanto pienamente
raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 347 di 614

Direttore: **LAVEZZO BRUNA**

Struttura: **S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE SAVIGLIANO**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 348 di 614

ELABORAZIONE PROFILI DI ESAMI
EMATOCHIMICI PER I PAZIENTI
RICOVERATI IN RIANIMAZIONE

Stesura di differenti tipologie
di profili di esami
ematochimici da effettuare
nei pazienti ricoverati in
rianimazione in base alla
diagnosi di ingresso e alle
insufficienze d'organo
rilevate.

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Stesura dei profili entro il
15/11/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Stesura dei
profili entro il 30/11/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Stesura dei profili
entro il 15/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancata stesura dei profili al
31/12/2024

10

20

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che con mail del
12/08/2024 la Dott.ssa Lavezzo ha
comunicato che durante la riunione
di reparto del 16/5/2024 è stato
presentato l'obiettivo specifico,
costituito il gruppo di lavoro e
identificati i Medici : Drssa E.Brizio
e Dr G. Alagna. Iniziale stesura dei
profili in bozza in valutazione
congiunta con la Rianimazione di
Mondovì.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza riferisce che i profili sono
stati validati dal Responsabile
Sostituto SS Laboratorio Analisi -
Dr.ssa Bombaci e sono stati messi
in uso in entrambe le Rianimazioni.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 349 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 50,00%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 350 di 614

				considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.	
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<div>15</div> <div>15</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<div>RESPONSABILE SS</div> <div>CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 129,2.</div> <div>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</div>

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 351 di 614

REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO

Revisione PEIMAF (piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti) ospedale di Savigliano

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): PEIMAF SAVIGLIANO revisionato entro il 15 novembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): PEIMAF SAVIGLIANO revisionato entro il 30 novembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): PEIMAF SAVIGLIANO revisionato entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata revisione del PEIMAF SAVIGLIANO al 31 dicembre 2024

10

15

100,00

100,00

DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che la Dott.ssa Lavezzo con mail del 12.8.24 ha comunicato che nella riunione di reparto del 16/5/2024 è stato presentato l'obiettivo specifico ed è stato costituito il gruppo di lavoro. Per la Rianimazione il medico referente è il Dr E. Molineris (prevista la collaborazione della drssa C.Monge). 21/5/2024: riunione congiunta con il Presidio di Mondovi. In data 6/5, 13/5, 30/5, 11/6 e 10/7, 26/7/2024: incontri del gruppo di lavoro di Savigliano con avvio della revisione del documento in bozza in collaborazione con la Direzione Sanitaria (drssa Moroni), con il DEA-Medicina d'Urgenza (dr B. Lorenzati) e con il DIPSA.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot. 25669 del 24/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che I PEIMAF sono stati tutti revisionati al 31 dicembre 2024, ma necessitano di ulteriori valutazioni alla luce delle modifiche intervenute in termini di personale medico, dipartimentale (direttori) e per il coinvolgimento delle Cooperative.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 352 di 614

REVISIONE PROCEDURA
EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA

Revisione procedura
"IODSP018 gestione del
numero 2222 emergenza
intraospedaliera" e
"PSDSP019 gestione carrello
delle emergenze"

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): revisione procedura e check
list entro il 31 ottobre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): revisione
procedura e check list entro il 15
novembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): revisione procedura
e check list entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancata revisione e check list entro il
31 dicembre 2024

15	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che la Dott.ssa
Lavezzo con mail DRSSA 12.8.24
ha comunicato che durante la
riunione di reparto del 16/5/2024 è
stato presentato l'obiettivo
specifico ed è stato costituito il
gruppo di lavoro. Medici identificati:
procedura IODSP018 Dr
E.Molineris referente per
Ospedale di Savigliano. Check list
Carrello di emergenza MODdsp068
(correlata alla PSDsp019)
revisionata ad APRILE 2024 e
pubblicata sulla intranet aziendale.
Corso MET (Medical Emergency
Team): attivare il 2222:
realizzazione corso FAD ed in data
23/4/2024 svolgimento del corso in
presenza (Dr Molineris - Dr.ssa
Manente). Ulteriori edizioni in
presenza si svolgeranno in
autunno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza riferisce che le revisioni
della IODSP018 GESTIONE
NUMERO 2222 EMERGENZA
INTRA-OSPEDALIERA e della
PSDSP004 PIANO DI RISPOSTA
ALLE EMERGENZE
INTRAOSPEDALIERE sono state
inviate alle Qualità e sono state
pubblicate sulla intranet aziendale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 353 di 614

STESURA PROTOCOLLO DI
ANALGESIA POSTOPERATORIA

Stesura protocollo per la
gestione del dolore
postoperatorio mirato
all'ottimizzazione
terapeutica e all'applicazione
nel percorso ERAS
(Enhanced Recovery After
Surgery) nelle diverse
specialità chirurgiche

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Stesura del protocollo entro il
15/11/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Stesura del
protocollo entro il 30/11/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Stesura del
protocollo entro il 15/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):mancata stesura del protocollo
al 31/12/2024

10	15
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce che con mai del
12/08/2024 la Dott.ssa Lavezzo ha
comunicato quanto segue:
16/5/2024 Riunione di reparto con
presentazione dell'obiettivo
specifico e costituzione dei gruppi
di lavoro .Medici identificati
suddivisi per specialità: Ortopedia:
Drssa Canal, Drssa Fogliacco e Dr
Salvaggio; Urologia: Dr.ssa Monge
e Dr.ssa Russo; Chirurgia
generale: Dr. ssa Manente, Dr
Comandini e Drssa Ballarino;
Pediatria: Dr.ssa Fogliacco (inizio
revisione PDTA pedsv207).
Revisione della letteratura in corso.
Riunioni per PDTA ERAS in
ortopedia in data 25/1 e 4/4,
stesura del PDTA conclusa ad
agosto '24. In data 5/06/24 svolta
seconda edizione corso ERAS in
chirurgia generale (dr.ssa Manente
e dr. Comandini); e svolta la prima
edizione dell'evento "Progetto
ERAS in chirurgia
Ortopedica".(dr.ssa G.Canal).
Successive edizioni sono previste
in autunno. Gli anestesisti assunti
tra giugno e luglio sono a stati
aggiunti ai suddetti gruppi di lavoro.

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

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza riferisce che i vari
protocolli sono stati inviati alla
Qualità e sono stati pubblicati sulla
intranet aziendale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 354 di 614

Direttore: **LETO MARCO GIUSEPPE**

Struttura: **S.C. OCULISTICA SAVIGLIANO**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 355 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	<p>a) Con riferimento alla S.S. Oculistica Mondovì. Avvio utilizzo procedura informatica OPERA per referti ambulatoriali e firma digitale da giugno 2024</p> <p>b) Con riferimento alla S.C.Oculistica Savigliano Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA</p>	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):</p> <p>a) Nei mesi da luglio a dicembre, firma digitale su almeno il 70% dei referti</p> <p>b) Firma digitale di almeno il 85% dei referti</p> <p>- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):</p> <p>a) Nei mesi da luglio a dicembre, firma digitale compresa tra il 55% e il 69% dei referti</p> <p>b) Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti</p> <p>- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):</p> <p>a) Nei mesi da luglio a dicembre, firma digitale compresa tra il 40% e il 54% dei referti</p> <p>b) Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%):</p> <p>a) Nei mesi da luglio a dicembre, firma digitale < al 40% dei referti</p> <p>b) Firma digitale < al 60% dei referti</p>	20	30	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:</p> <p>a) su Mondovì-Ceva 35,32%</p> <p>b) su Savigliano-Saluzzo 18,68%</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	--	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 356 di 614

Alla luce delle precedenti

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 357 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	30
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 56,16%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: FT Oculistica 84,52%. (Sono esclusi i deceduti e i solventi).

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 358 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 359 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

10	10
----	----

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

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 360 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
 L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
 - 03/04/2024
 - 13/06/2024
 - 03/12/2024.
 L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

25	30
----	----

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

RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
 Punteggio scheda 111,2.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 361 di 614

Direttore: **LORENZATI BARTOLOMEO**

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 362 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari VP.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei VP
 - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei VP
 - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei VP
 - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei VP

15	20
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio) è il seguente:
 VPS complessivo di tutte le aree: Saluzzo 99,19%, Savigliano 93,58, totale 94,72%. Conteggio della sola attività erogata presso sede centrale: Saluzzo 99,35, Savigliano 93,59. (Conteggio dei soli accessi ssu, escluso i solventi). LDO: 80,00%. (Sono esclusi i deceduti).

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 363 di 614

quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo 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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
Punteggio scheda 110,4.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 364 di 614

REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO

Revisione PEIMAF (piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti) ospedale di Savigliano

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): PEIMAF SAVIGLIANO revisionato entro il 15 novembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): PEIMAF SAVIGLIANO revisionato entro il 30 novembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): PEIMAF SAVIGLIANO revisionato entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata revisione del PEIMAF SAVIGLIANO al 31 dicembre 2024

20

30

100,00

100,00

DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che il Dott. Lorenzati con mail del 01.8.24 ha comunicato che la Revisione del PEIMAF per l'Ospedale di Savigliano è in avanzata fase di sviluppo.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot. 25669 del 24/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che i PEIMAF sono stati tutti revisionati al 31 dicembre 2024, ma necessitano di ulteriori valutazioni alla luce delle modifiche intervenute in termini di personale medico, dipartimentale (direttori) e per il coinvolgimento delle Cooperative.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 365 di 614

STESURA PROCEDURE IN
 AMBITO DEU

a) Stesura procedura attivazione di percorsi gestionali volti alla presa in carico anticipata, in funzione della sintomatologia/condizione clinica del paziente, in fase di triage
 b) In collaborazione con SC Urologia Savigliano, SC Radiologia Savigliano e SC Chirurgia Savigliano Redazione di un protocollo diagnostico/gestionale per la gestione della colica renale in pronto soccorso e l'eventuale ricovero in urologia

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 a) stesura procedura ed attivazione percorso entro il 30 novembre 2024
 b) Redazione protocollo e relativa attivazione entro ottobre 2024

Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
 a) stesura procedura ed attivazione percorso entro il 31 dicembre 2024
 b) Redazione protocollo e relativa attivazione entro dicembre 2024

Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
 a) stesura procedura entro il 31 dicembre 2024 ma mancata attivazione del percorso al 31 dicembre 2024
 b) Redazione protocollo, ma non attivazione dello stesso

Obiettivo non raggiunto (<60%):
 a) stesura procedura non ultimata al 31 dicembre 2024
 b) Redazione non completata

20	30
----	----

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

DIRETTORE
 DIP.
 EMERGENZA
 URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che il Dott. Lorenzati con mail del 01.08.2024 ha comunicato che in merito alla stesura delle procedure, i gruppi di lavori sono stati individuati e si sono più volte riuniti. Nello specifico:
 1) la stesura della Procedura di Presa in Carico Anticipata è in avanzato stato di sviluppo e si prevede la presentazione nel mese di Ottobre 2024.
 2) la procedura specifica inerente la colica renale è stata presentata in prima battuta al Direttore SC Medicina d'Urgenza Savigliano nel mese di Luglio e sono incorso alcune modifiche di minima.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot. 25669 del 24/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che la procedura PSDEUR008 GESTIONE COLICA RENALE IN PS AREA NORD-OVEST E il DOCDEUR072 FLOW CHART GESTIONE COLICA RENALE IN PS AREA NORD - OVEST sono state inviate alla Qualità e sono state pubblicate sulla intranet aziendale. La stesura della Procedura di Presa in Carico Anticipata (PPCA) è stata ultimata a novembre, si sta procedendo al training del personale per la messa in uso.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 366 di 614

Direttore: MANZINI PAOLA MARIA

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

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo 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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 95,6.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 367 di 614

Direttore: MARENGO MARITA

Struttura: S.C. NEFROLOGIA DIALISI MONDOVI'

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 368 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della cartella clinica amministrativa)

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP
 .

20	30
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 88,89%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 369 di 614

considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 370 di 614

GESTIONE E TRATTAMENTO
MULTIDISCIPLINARE DELLE FAV
PER EMODIALISI

Creazione di un percorso
operativo per la gestione ed
il trattamento percutaneo
delle complicanze delle FAV
per emodialisi

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Attivazione percorso entro
30/09/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Attivazione
percorso entro 31/10/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Attivazione percorso
entro 30/11/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione percorso

15	30
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/08/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da email dei Direttori della Nefrologia e Cardiologia (11/7 e 12/7/24) è stata al momento effettuata la valutazione e analisi della mobilità passiva e dei costi aziendali ad essa connessi per il trattamento delle FAV in strutture esterne all'ASL CN1, rilevando un evidente risparmio in termini economici ed un notevole miglioramento organizzativo-gestionale dei pazienti qualora tale trattamento fosse effettuato all'interno della nostra Azienda. E' inoltre in corso formazione ad hoc di cardiologo interventista e nefrologo tramite frequenza presso altri centri con analoga tipologia di servizi. La stesura del percorso operativo è prevista per il mese di settembre pv.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 19/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da mail del 14/02/2025 del Direttore della S.C. Nefrologia e Dialisi si conferma che dopo aver effettuato la valutazione ed analisi della mobilità passiva e dei costi aziendali ad essa connessi per il trattamento delle FAV in strutture esterne alla ASLCN1 (mail 11/07 e 12/7/2024) essendo stato rilevato un evidente risparmio in termini economici ed un notevole miglioramento organizzativo-gestionale qualora il trattamento dei pazienti fosse stato effettuato all'interno della nostra Azienda, i Direttori della SC Cardiologia di Savigliano e SC

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 371 di 614

Nefrologia e Dialisi, hanno completato la stesura del percorso operativo ASLCN1 per la gestione ed il trattamento percutaneo delle complicanze delle FAV per Emodialisi entro il 30/09/2024. Al momento è in fase di completamento la formazione del Cardiologo interventista e del Nefrologo presso altre Aziende Sanitarie Nazionali con analoga tipologia di servizi; tale formazione potrà verosimilmente considerarsi conclusa entro il 30/06/2025 potendo ragionevolmente ipotizzare l'attivazione del percorso operativo ASLCN1 dal 01/09/2025.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 372 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

35 40

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione sono
stati considerati seguenti fattori
secondo i quali è stato effettuato
un ricalcolo dell'indicatore:
- parte dell'incremento sul costo dei
farmaci (circa 36.000) è da
attribuirsi a problematiche di
consegna di farmaci non
dipendenti dalla Nefrologia e Dialisi
(Urochinasì dosaggio 10000 e
Paracalcitolo fiale)
- l'incremento del numero di
pazienti in dialisi peritoneale (26
in più rispetto al 2023) ha indotto
una maggior spesa sui farmaci e
DM ampiamente compensata dalla
diminuzione di spesa sui trasporti.
Punteggio scheda 97,5: Sono stati
riconteggiati i risultati degli
indicatori in relazione a quanto
inserito nella colonna I (le tabelle
sono agli atti del CdG).

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 373 di 614

Direttore: MELI MASSIMILIANO

Struttura: S.C. MEDICINA LEGALE

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 374 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5

15

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 375 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 376 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10 15

100,00 100,00

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 377 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini.
Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi.
Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	15
----	----

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

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 378 di 614

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 2024,
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. 27792 del 28/02/2025 il
Direttore Generale riferisce che
tutte le Strutture hanno collaborato
per il raggiungimento dell'obiettivo
aziendale, per cui si considera
positivamente il raggiungimento
dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 379 di 614

CONTENIMENTO TEMPI DI
ATTESA DEGLI STATI INVALIDANTI

Riduzione dei tempi di attesa relativi alle visite presso la Commissione Medico Legale per il rilascio delle patenti di guida.
L'obiettivo è rivolto sia al personale medico che al personale amministrativo ed è da intendersi con il raggiungimento al 100%

Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Tempi di attesa inferiori ai 120 gg
Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Tempi di attesa compresi tra 121 e 126 gg
Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Tempi di attesa compresi tra 127 e 167 gg
Obiettivo non raggiunto (<60%): Tempi di attesa superiori a 168 gg

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che al fine di garantire l'attività nel rispetto dei tempi di attesa, tenendo conto anche delle urgenze, sono state predisposte 4 sedute al mese con orario continuato dalle 8 alle 17 con almeno 100 utenti convocati, oltre alle commissioni ordinarie (5/6 al mese) .
L'andamento dell'obiettivo risulta in linea con quanto previsto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che nonostante la carenza di organico medico, al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa, sono state effettuate 4/5 sedute al mese, con orario continuato dalle 8 alle 17, con 100/120 utenti convocati, in aggiunta alle commissioni ordinarie (circa 5 al mese).
Il tempo medio di attesa per essere sottoposto a visita in Commissione medica Locale Patenti di guida risulta essere al 31 dicembre 2024 di 53 gg. dalla data dell'istanza.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 380 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	10
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 381 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Numero di interventi vicarianti effettuati pari al 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Numero di interventi vicarianti effettuati inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p>	10	15	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che la Struttura collabora attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che nell'ambito di servizi integrati/vicarianti sono state attivate collaborazioni con le Strutture facenti parte del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti , con cordinamento delle</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</p> <p>-Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</p> <p>-Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</p>	15	15	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 110,1.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 382 di 614

Direttore: **MELLANO STEFANIA**

Struttura: **S.S. FARMACIA TERRITORIALE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 99,88 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE	Con lo scopo del rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance, effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) anche alla presenza dei Direttori dei Distretti per monitorare e intervenire prontamente su eventuali scostamenti.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Parziale partecipazione alle riunioni e rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Parziale partecipazione alle riunioni e parziale rispetto delle indicazioni date su eventuali scostamenti. -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.	25	35	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso. VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso. Obiettivo raggiunto.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 383 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

25	35
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 3 documenti autorizzati in ritardo, zero per firma e 3 per mancanza di DURC. Non valorizzate le giustificazioni per i 3 DURC in corso di acquisizione.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 384 di 614

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 2024,
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. 27792 del 28/02/2025 il
Direttore Generale riferisce che
tutte le Strutture hanno collaborato
per il raggiungimento dell'obiettivo
aziendale, per cui si considera
positivamente il raggiungimento
dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 385 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

20 30

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 386 di 614

Direttore: MIGLIORE ELENA (Direttore dal 16/06/2024) - DUTTO LUCA (Direttore temporaneo fino al 15/06/2024)

Struttura: S.C. MEDICINA INTERNA SAVIGLIANO

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 387 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	15	25	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 18,18%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 388 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 389 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	25
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 79,10%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 390 di 614

					considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.		
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che l'obiettivo è raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 108,1.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 391 di 614

Direttore: MILANO MARIA

Struttura: S.S.D. CENTRO DIAGNOSTICA ECOGRAFICA OSTETRICO-GINECOLOGICA E PRENATALE

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 392 di 614

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
OSPEDALE-TERRITORIO NEL
PERCORSO NASCITA

Istituzione di incontri
trimestrali per condivisione e
confronto tra gli specialisti
ospedalieri e
ambulatoriali del
Dipartimento Materno
Infantile su temi generici e
specifici relativi al percorso
nascita.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): -Obiettivo pienamente
raggiunto (100%): Incontri 4/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): -Obiettivo
sostanzialmente raggiunto (>95% fino
a <100%): Incontri 3/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): -Obiettivo
parzialmente raggiunto (>60% fino a
95%): Incontri 2/4 entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Incontro 1/4 entro il 31/12/2024.

30	30
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che sono state svolte le
seguenti attività:
- effettuato primo incontro in data
18/6/24
- calendarizzate riunioni successive
per le giornate del 8/10-4/11 e
ultimo incontro nel mese di
dicembre
- ridefinita composizione Comitato
percorso nascita
- definita la metodologia di lavoro
(almeno 2 incontri in presenza)
- identificati i temi prioritari ed
affrontabili (presa in carico fragilità
psicologiche e sociali e progetto
home visiting)

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
30/01/2025 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che dopo il primo incontro
effettuato in data 18/6 e già
indicato in precedente verifica sono
stati effettuati i successivi tre
incontri programmati in data 8/10 in
presenza, 4/11 condivisione da
remoto e 11/12 in presenza.
Durante l'incontro dell'8 ottobre si è
identificato come tema prioritario
su cui ipotizzare un progetto
quello dell'home visiting e si sono
costituiti gruppi di lavoro per
lavorare su temi specifici. In data
4/11 i vari gruppi hanno condiviso il
materiale prodotto che è servito per
stilare il progetto presentato e
discusso in plenaria nell'ultimo
incontro dell'11/12. Di ogni incontro
è stato stilato verbale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 393 di 614

MONITORAGGIO DELLA SCHEDA "RISORSE ATTIVITÀ"	<p>Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività".</p> <p>L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.</p>	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</p> <p>-Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</p> <p>-Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</p>	<div>40</div> <div>70</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<p>RESPONSABILE SS</p> <p>CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche segnala una criticità sul numero di ecografie effettuate. E' necessaria una verifica con il Direttore Sanitario sulla programmazione dell'attività dell'ultima parte dell'anno in funzione delle risorse di personale disponibili. Obiettivo sostanzialmente raggiunto (98%)</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.</p> <p>Punteggio scheda 102,4</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
---	--	--	-----------------------------	-------------------------------------	---	--	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 394 di 614

Direttore: MONTU' DOMENICO

Struttura: S.C. S.I.S.P.

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 395 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

20

25

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 396 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 397 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5	25
---	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 398 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI

Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Numero di interventi vicarianti effettuati pari al 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):Numero di interventi vicarianti effettuati 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. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che la Struttura collabora attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura mantiene le attività integrate e sostitutive con le Strutture Dipartimentali In particolare continua la collaborazione per le Commissioni Invalidi. Vengono altresì mantenuti gli interventi per le Commissioni Comunali di Vigilanza per i Pubblici Spettacoli della Struttura SSD AAFR in pronta disponibilità e in sostituzione del dirigente medico quando assente.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 399 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

25

25

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 180,6.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 400 di 614

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			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 401 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PAISA

a) collaborazione nella redazione dei documenti di rendicontazione del PAISA 2023 e di programmazione del PAISA 2024;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza, secondo quanto indicato nella programmazione PRISA 2024;

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione dell'80% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 70% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che il Servizio, attraverso un processo condiviso con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto Paisa, ha contribuito alla stesura del documento di rendicontazione "PAISA 2023" (prot. 29051 del 28/2/2024) e a quella del documento di programmazione, inoltrato entro i termini previsti dal "Prisa 2024" (prot. 65329 del 14/5/2024). L'attività di controllo ufficiale prevista per il Servizio è in fase di attuazione con risultati in linea a quanto atteso per il periodo. Sono costantemente alimentate le piattaforme informatiche nazionali e regionali dedicate.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che:
a) Sono stati pienamente rispettati gli indirizzi e le scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione PAISA relativi all'anno 2023, nonché per la programmazione PAISA per l'anno 2024.
La Programmazione PAISA 2024 è stata oggetto di un'attenta condivisione con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato per

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 402 di 614

b) Attuazione di meno del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. Mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

tale scopo. Tale condivisione ha permesso di recepire in modo efficace le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione Piemonte attraverso il PRISA 2024, garantendo un allineamento strategico con gli obiettivi regionali.
b) L'attuazione delle attività

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 403 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 404 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 405 di 614

BACK OFFICE AMMINISTRATIVO
DI SICUREZZA ALIMENTARE -
MODELLO ORGANIZZATIVO
INTEGRATO

L'obiettivo rappresenta un ulteriore step all'interno del più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione (Strutture Veterinarie e Sian). Nel corso del 2024, individuata una figura di coordinamento diretto, saranno riviste e ridistribuite le competenze del personale della sede di Saluzzo, individuando un modello organizzativo da estendere successivamente alle altre sedi territoriali

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività di tutte le Aree - sede di Saluzzo
Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 2 Aree - sede di Saluzzo
Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 1 Area - sede di Saluzzo
Obiettivo non raggiunto (<60%):
a. Mancata definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Mancata applicazione operativa del modello sulle attività - sede di Saluzzo

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che l'attività di back office sulla sede di Saluzzo è stata riorganizzata, attraverso l'individuazione di un modello integrato, con revisione dei carichi di lavoro e delle competenze. La Struttura partecipa alla nuova organizzazione. L'obiettivo risulta in linea con quanto programmato.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo attraverso la partecipazione diretta ed operativa al progetto integrato E' stato definito un modello organizzativo di back office amministrativo di Sicurezza Alimentare unico ed integrato. E' stata individuata una figura di coordinamento e riferimento di ambito territoriale, sono stati rivisti i carichi di lavoro e le competenze.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 406 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 407 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 408 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI
VETERINARI

Attivazione/mantenimento
funzioni vicarianti del
personale veterinario
dirigente, convenzionato e
del personale del comparto.

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Numero di interventi vicarianti
effettuati pari al 100% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Numero di
interventi vicarianti effettuati compreso
tra il 96% e il 99% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie;
Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Numero di interventi
vicarianti effettuati compreso tra il
60% e il 95% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Numero di interventi vicarianti
effettuati inferiore al 60% delle
necessità organizzative delle Aree
Veterinarie

10 15

100,00 100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che la
Struttura collabora attivamente con
le altre Strutture dipartimentali con
funzioni integrate/vicarianti, con
attività specifiche per i diversi ruoli.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
la struttura ha effettuato interventi
integrati/vicarianti in risposta alle
necessità organizzative e gestionali
delle Aree veterinarie presso le
strutture di trasformazione e

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

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

15 15

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 105,8.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 409 di 614

PROGETTO PILOTA PER LA
DEMATERIALIZZAZIONE DEI
CONTROLLI UFFICIALI (CU)
SVOLTI DAI SERVIZI DI
SICUREZZA ALIMENTARE

Progetto pilota per la
dematerializzazione dei
controlli ufficiali (CU)
a)Predisposizione in
GISMASTER di un template
di verbale editabile per
l'esecuzione delle attività di
CU (ex art. 13 reg. UE
625/17), creazione di cartella
condivisa per archiviazione e
definizione di sistema di invio
via PEC del verbale all'OSA
b)configurazione/acquisto di
materiale informatico per
l'apposizione di firma
grafometrica e per la
connessione (software, PC,
tablet ecc..)
c)Sperimentazione operativa

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 20 verbali.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 10 verbali.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 4 verbali.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
a.Incompleta predisposizione in
GISMASTER di un template di verbale
editabile, cartella condivisa e sistema
di invio via PEC
b.Incompleta configurazione/acquisto
di un supporto in informatico per
struttura
c.Mancata sperimentazione operativa.

10	15
----	----

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

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che
sono state fatte diverse riunioni,
con le Strutture dipartimentali
interessate e con il servizio
informatico per definire l'operatività
del progetto. E' stato predisposto
un primo modello di template
editabile.
Le procedure operative saranno
meglio definite dopo aver acquisito
hardware e software dedicati,
attraverso un finanziamento ad hoc
(l'accordo relativo all'utilizzo di tali
fondi è stato firmato nel mese in
corso, agosto 2024). L'obiettivo è
in corso di realizzazione.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
La Struttura ha contribuito alla
realizzazione dell'obiettivo
attraverso la partecipazione diretta
al gruppo di lavoro sia nella fase di
costruzione progettuale, sia in
quella operativa.
il progetto si è articolato in diverse
fasi, con i seguenti risultati:
a) è stato predisposto un template
di verbale ex art.13 reg.UE 625/17,
in formato editabile, sono stati
analizzati gli aspetti giuridici
dell'apposizione delle firme grafica
e digitale, sono stati realizzati

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 410 di 614

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			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 411 di 614

BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa. La dotazione di budget 2024 sarà integrata dall'Azienda tenendo conto dei costi aggiuntivi derivanti dall'applicazione del CCNL Dirigenza Area Sanità del 23/01/2024 e dei costi aggiuntivi derivanti dal piano di reclutamento del personale del SSN approvato dalla Regione Piemonte in sede di Osservatorio Regionale e comunicato alle Aziende Sanitarie con nota della Direzione Sanità n.7451 del 19/03/2024
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

20 40

100,00 100,00

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Piano di assunzioni deliberato dalla Giunta regionale in ritardo per problemi legati ad un ricorso su Azienda Zero sul concorso infermieri. Situazioni specifiche di urgenza legate alla garanzia di continuità nell'esercizio delle funzioni assistenziali (es. Ginecologia), che, in assenza di professionisti assumibili, richiedono il ricorso ad attività libero professionali. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato nel suo complesso. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 412 di 614

raggiunto.									
CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO	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 e contrattuali.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo). -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo). -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo). -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).	20	40	100,00	100,00	DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema. VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 413 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 414 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	20
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 415 di 614

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI
ASSEGNATI DALLA DIREZIONE
GENERALE DELL'AO SANTA
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
21/03/2025 (Prot. ASL CN1 38607
del 21/03/2025) la S.S. Controllo di
Gestione - Struttura di supporto
all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di
Cuneo - ha comunicato le
risultanze della valutazione
dell'obiettivo con raggiungimento
finale al 100%.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 416 di 614

Direttore: **ORIGLIA MAURIZIO**

Struttura: **S.S. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 417 di 614

COLLABORAZIONE COMMISSIONE TECNICA PER REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE	Collaborazione con la commissione tecnica per la realizzazione del nuovo Ospedale di Savigliano.	[OLD Preliminare al 30/06/2024.] Partecipazione agli incontri organizzati periodicamente dalla SC Servizio Tecnico. Valutazione della Direzione Generale	50	60	100,00	100,00	DIRETTORE SC SERVIZIO TECNICO	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 30/08/2024 il Direttore Sostituto S.C. Servizio Tecnico riferisce che il Responsabile della S.S. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE, in considerazione del fatto che il Servizio da lui diretto è stato coinvolto frequentemente nelle varie problematiche che si presentano per i Reparti/Servizi della nuova struttura ospedaliera, nel corso dei primi mesi dell'anno ha partecipato alle seguenti riunioni: - Riunione on line del 13.06.2024 -- oggetto: VERIFICA DOTAZIONI E DIMENSIONAMENTO AREA MATERNO INFANTILE: PRONTO SOCCORSO (SETTORE OSTETRICA), DEGENZE OSTETRICA, NIDO E LACTARIUM, BLOCCO PARTO, AREA AMBULATORIALE, PRONTO SOCCORSO (SETTORE PEDIATRIA) E DEGENZE PEDIATRIA; - Riunione on line del 18.06.2024 - oggetto: VERIFICA DELLE DOTAZIONI PER LE UNITÀ DI CARDIOLOGIA, EMODINAMICA, UTIC, NEUROLOGIA, STROKE, DIALISI; - Riunione on line del 19.06.2024 -- oggetto: VERIFICA DELLE DOTAZIONI PER LE UNITÀ RELATIVE ALL'AREA MEDICA, ALL'AREA POST ACUZIE E ALL'AREA DIURNA Riunione on line del 19.06.2024 ; - Riunioni P.O. Savigliano del 09.07.2024 -10.07.2024 - oggetto: VERIFICA DELLE DOTAZIONI PER LE SEGUENTI UNITÀ: SERVIZIO TRASFUSIONALE, LABORATORIO ANALISI, CENTRO PRELIEVI E ANATOMIA PATOLOGICA; VERIFICA DEL	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
---	--	--	----	----	--------	--------	-------------------------------	--	--

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 418 di 614

LAYOUT SVILUPPATO PER LA
FARMACIA AL PIANO
INTERRATO E VERIFICA
DOTAZIONI PER IL SETTORE DI
DISTRIBUZIONE DIRETTA AL
PUBBLICO AL PIANO TERRA
Riunioni P.O. Savigliano del
09.07.2024 -10.07.2024;
- riunione del 25.07.2024-
oggetto: - INCONTRO
PROGETTISTI.

Conclusioni obiettivo infrannuale: Il
Dirigente ha collaborato per gli
argomenti di competenza e ha
fornito il suo fattivo contributo
professionale.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
21/02/2025 (prot. 25024 del
24/02/2024) il Direttore Sostituto
della S.C. Servizio Tecnico riferisce
che Il Responsabile della S.S.
Servizio Prevenzione e Protezione,
in considerazione del fatto che il
Servizio da lui diretto è stato
coinvolto frequentemente nelle
varie problematiche che si
presentano per i Reparti/Servizi
della nuova struttura ospedaliera,
ha partecipato alle seguenti riunioni:
- riunione del 26/01/2024 -
INCONTRO PRELIMINARE;
- riunione on line del 13/06/2024
avente ad oggetto la verifica delle
dotazioni e dimensionamento
dell'area materno-infantile: pronto
soccorso (Settore
Ostetricia), Degenze Ostetricia,
Nido e Lactarium, Blocco Parto,
Area ambulatoriale, Pronto
soccorso (Settore Pediatria) e
Degenze Pediatria;
- riunione on line del 18/06/2024
avente ad oggetto la verifica delle
dotazioni per le unità di
Cardiologia, Emodinamica, UTIC,
Neurologia, Stroke, Dialisi;

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 419 di 614

- riunione on line del 19/06/2024
avente ad oggetto Verifica delle
dotazioni per le unità relative
all'Area Medica, all'Area post
acuzie e all'Area diurna;
- riunione del 03/07/2024 avente ad
oggetto la verifica degli input
progettuali per l'unità di endoscopia;
- riunioni del 09/07/2024 e del
10/07/2024 aventi ad oggetto la
verifica delle dotazioni per servizio
trasfusionale, laboratorio analisi,
centro prelievi e anatomia
patologica, sterilizzazione e blocco
operatorio, radiologia; verifica del
layout sviluppato per la farmacia e
dei locali per la distribuzione diretta
al pubblico;
- riunione del 25/07/2024 avente ad
oggetto la verifica dei layout
predisposti per endoscopia,
cardiologia, neurologia, DH
oncologico, Terapia antalgica,
Pronto Soccorso, Rianimazione,
Blocco operatorio.
A seguito della prima consegna
degli elaborati, relativamente alla
distribuzione planimetrica di servizi
e reparti, l'arch. Origlia ha
esaminato gli elaborati di progetto
ed ha fornito le sue osservazioni.
Conclusioni: il Dirigente ha
collaborato per gli argomenti di
competenza e ha fornito il suo
fattivo contributo professionale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 420 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 421 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

20 40

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 422 di 614

Direttore: **ORIONE LORENZO MARCELLO**

Struttura: **S.S.D. UVOS**

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 423 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

20

25

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 424 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione
b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
--	--	--	----	---	--------	--------	--	--	--

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 425 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

25

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 426 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale dirigente medico/biologo/psicologo ecc., convenzionato e del personale del comparto.	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Numero di interventi vicarianti effettuati pari al 100% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 96% e il 99% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Numero di interventi vicarianti effettuati compreso tra il 60% e il 95% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%):Numero di interventi vicarianti effettuati inferiore al 60% delle necessità organizzative dei Servizi Medici del Dipartimento di Prevenzione.</p>	20	25	100,00	100,00	<p>DIRETTORE DIP. DI PREVENZIONE/ RESP. SSD DIR. AMM.VA DELLA PREVENZIONE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che la Struttura collabora attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha attivato attività integrate vicarianti, in particolare con la Direzione amministrativa del dipartimento e coordina il progetto screening trasversale HCV.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</p> <p>-Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</p> <p>-Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</p>	25	25	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 102,6.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 427 di 614

Direttore: **PAPALEO ALBERTO (Direttore a interim dal 23/10/2024) - MICCA GIANMATTEO (Fino al 22/10/2024)**

Struttura: **S.C. LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGIA (Interaziendale dipendente da AO S. Croce)**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo 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 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 100.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 428 di 614

Direttore: **PAZZAIA TONI**

Struttura: **S.C. OTORINOLARINGOIATRIA SAVIGLIANO**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 429 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	<p>a) Con riferimento alla S.S. ORL Mondovì. Avvio utilizzo applicativo FENIX per referti ambulatoriali e firma digitale da aprile 2024</p> <p>b) Con riferimento alla S.C. ORL Savigliano Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo dell'applicativo FENIX</p>	<p>- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): a) Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale su almeno il 70% dei referti b) Firma digitale di almeno il 85% dei referti</p> <p>- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): a) Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale compresa tra il 55% e il 69% dei referti b) Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti</p> <p>- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): a) Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale compresa tra il 40% e il 54% dei referti b) Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti</p> <p>- Obiettivo non raggiunto (<60%): a) Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale < al 40% dei referti b) Firma digitale < al 60% dei referti</p>	10	10	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p>	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera-Repository del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al: a) su Mondovì 70,91% b) su Savigliano 83,55%</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	--	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 430 di 614

dalla Regione Piemonte.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 431 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	25
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 94,78%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: Obi Chir 90,00%. (Sono esclusi i deceduti e i solventi).

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 432 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 433 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

10 10

100,00 100,00

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 434 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.
L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 435 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

30 30

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche segnala
incremento DUPIXENT in
Distribuzione Diretta.
Mantenimento monitoraggio
periodico con servizio
Farmaceutico. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione sono
stati considerati seguenti fattori
secondo i quali è stato effettuato
un ricalcolo dell'indicatore:
- l'incremento di visite, come
richiesto dal Piano di Recupero
delle Liste d'attesa, pari al 26%
circa rispetto all'anno 2023 ha
provocato inevitabilmente un
aumento di spesa del farmaco
DUPIXENT (mod. 03 file F) pari al
15% circa non previsto in fase di
assegnazione del budget.
Punteggio scheda 93,7 ricalcolato
96,1.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 436 di 614

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.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Due audit entro il 30/06/2024
e il 31/12/2024 con partecipazione di
più di uno specialista delle Strutture
coinvolte.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Un audit entro
30/06/2024 con partecipazione di più
di uno specialista delle Strutture
coinvolte.
- Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Un audit entro
31/12/2024 con partecipazione di
almeno uno specialista per Struttura.
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
Nessun audit entro 31/12/2024.

10	25
----	----

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

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che il primo audit si è
svolto secondo le tempistiche
previste, alla presenza di più
specialisti: pneumologi,
otorinolaringoiatri, allergologo.
Sono stati discussi casi clinici
portati dalle varie figure coinvolte,
si è rafforzato il modello di
approccio multidisciplinare per la
gestione dei pazienti con tali
patologie.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che
entrambi gli audit sono stati
organizzati e svolti entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
Gli audit si sono ancora una volta
confermati una valida occasione di
incontro tra clinici e farmacisti per
rivalutare complessivamente e in
modo multidisciplinare il processo di
prescrizione ed erogazione del
farmaco nell'ottica di ottimizzare
sia l'efficacia per il paziente che
l'appropriatezza della prescrizione
anche in termini di allocazione
razionale delle risorse. L'obiettivo
risulta pertanto pienamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 437 di 614

Direttore: PEIRETTI WALTER

Struttura: S.S.D. PROTESICA ED INTEGRATIVA

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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 438 di 614

APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI
PROTESICA

Valutazione
dell'appropriatezza delle
prescrizioni per la protesica:
produzione di reportistica
trimestrale per
evidenziazione valutazione.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Produzione tempestiva di
reportistica trimestrale che evidenzi il
controllo effettuato. Individuazione
margini di efficientamento proposte per
risparmi. Relazione semestrale con
confront DIT.
-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.

25

35

100,00

100,00

DIRETTORE
COORDINAMEN
TO AREA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 30/08/2024 il Direttore
Coordinamento Territoriale riferisce
che con nota prot. 51153 del
12/04/2024 il Responsabile della
S.S.D. Protesica e Integrativa ha
trasmesso la reportistica relativa al
I^ trimestre 2024.
Con nota prot. 93587 del
12/07/2024 il Responsabile della
S.S.D. Protesica e Integrativa ha
trasmesso la reportistica relativa al
II^ trimestre 2024.
In data 11/06/2024 è stata fatto un
incontro con Direzione DIT e
Direttore sanitario Aziendale con
analisi della relazione semestrale
di confronto delle maggiori aree di
criticità di inappropriatezza
prescrittiva con condivisione con i
rappresentanti dei medici
prescrittori. Sono stati di
conseguenza istituiti tavoli di lavoro
tematici finalizzati al miglioramento
dell'appropriatezza prescrittiva tra
autorizzatori e prescrittori (in
particolare per la prescrizione di
protesi acustiche, ausilii per
diabetici, ausilii riabilitativi) che si
svolgeranno nel secondo semestre
2024 con conseguente relazione di
confronto a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento per l'Integrazione
Territoriale riferisce che l'analisi
dell'appropriatezza è stata condotta
con cadenza trimestrale attraverso
la reportistica messa a
disposizione dall'applicativo
regionale PADDI dal quale si
conferma l'andamento medio di
spesa pro-capite relativa
all'assistenza integrativa/protesica
L'obiettivo risulta pienamente

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 439 di 614

raggiunto.									
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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 440 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

20	30
----	----

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

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 441 di 614

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 con evidenza dei
risparmi effettuati.
-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.

25

35

100,00

100,00

DIRETTORE
COORDINAMEN
TO AREA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 30/08/2024 il Direttore
Coordinamento Territoriale riferisce
che con nota prot. 51133 del
12/04/2024 il Responsabile della
S.S.D. Protesica e Integrativa ha
trasmesso la reportistica relativa al
I^ trimestre 2024. Con nota prot.
93572 del 12/07/2024 il
Responsabile della S.S.D.
Protesica e Integrativa ha
trasmesso la reportistica relativa al
II^ trimestre 2024.

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

VERIFICA ANNUALE: la S.S.D.
Protesica ed Integrativa ha
trasmesso tempestivamente la
reportistica del III^ trimestre (prot.
136639 del 17/10/2024) e IV
trimestre (prot. 3213 del
10/01/2025) con un'integrazione
prot.6138 del 16/01/2025 dove
sono stati evidenziati i risparmi
ottenuti con un confronto della
spesa sugli anni 2023 e 2024:
2023 spesa euro 251.190,01
2024 spesa euro 227.786,49. Nel
periodo considerato non sono state
rilevate criticità non sono state
rilevate criticità:
I controlli a campione effettuati
sugli ausili consegnati hanno
confermato la
consueta qualità complessiva dei
lavori eseguiti.L'obiettivo risulta
pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 442 di 614

Direttore: PEIRETTI WALTER (Direttore Sostituito dal 09/05/2024) - GHIGO Gabriele (fino al 30/04/2024)

Struttura: S.C. DISTRETTO NORD-OVEST

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,95 % Media 2: 100,00 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 443 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5

10

100,00

100,00

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

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 444 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 445 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 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 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 446 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini.
Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi.
Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	10
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 10 documenti autorizzati in ritardo, 6 per firma e 4 per mancanza di DURC. Non valorizzate le giustificazioni per i 4 DURC in corso di acquisizione.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 447 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 448 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 449 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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

5	15
---	----

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

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che la
Struttura collabora all'attività di
analisi, individuazione criticità e
tenuta rapporti con i MMG/PLS.
Con prot. 0104635 del 06/08/2024
il dott. Peiretti ha inviato relazione
scritta in merito alle 'azioni di
miglioramento per prescrizione e
fornitura ausili' individuate
nell'incontro del 01/08/2024 del
'GRUPPO di LAVORO
APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA' di cui al verbale
allegato al protocollo citato.
E' in corso inoltre una analisi
specifico sulle protesi acustiche
con la collaborazione della struttura
ORL (incontro 30/8). Obiettivo
raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 450 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

15 15

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
potranno essere necessari
approfondimenti anche alla luce
degli incrementi di costo
conseguenti all'applicazione delle
indicazioni regionali contenute nella
DGR 38/2024. Obiettivo raggiunto.

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

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che la valutazione è
effettuata a livello dipartimentale.
Sono stati tenuti in considerazione i
seguenti fattori che non erano
prevedibili in fase di assegnazione
del budget:
- Incremento del 3,5% sulle
strutture residenziali di cui alla
DGR 27 maggio 2024, n. 38-8654
- Incremento degli inserimenti nelle
strutture residenziali per anziani
sull'area di Cuneo e Mondovì
richiesto dalla Direzione
- Aumento della spesa
farmaceutica convenzionata anche
in conseguenza dell'elevato
numero di farmacie a basso
fatturato e farmacie rurali
sussidiate con riconoscimento
dell'indennità di residenza che, con
la nuova remunerazione introdotta
a partire da marzo 2024, godono di
una quota fissa aggiuntiva. Si
evidenzia tuttavia che il valore di
spesa farmaceutica lorda pro-
capite risulta essere decisamente
inferiore rispetto alla media
regionale.
Punteggio scheda 93,9: sono stati
riconteggiati i risultati degli

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 451 di 614

indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG). Il conteggio è stato fatto complessivamente sul dipartimento.

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche grazie alla compilazione delle schede di monitoraggio predisposte dall'Azienda al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS DIREZIONE
AMMINISTRATI
VA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che Budget annuo: € 282.293,98 Spesa rilevata al 31/07/2024: € 169.722,57 L'andamento della spesa, rilevato al 31/07/2024, del Distretto Nord Ovest non è in linea con l'anno 2023 e, nello specifico delle attività che generano extra lea, il superamento è avvenuto per i contributi erogati agli utenti per la dialisi domiciliare.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che la spesa extra lea generata dal Distretto Nord Ovest nell'anno 2024 è stata pari ad € 277.002,52 (come da tabella agli atti); rispetto al budget di spesa assegnato pari ad € 282.293,98 ha generato un avanzo di € 5.291,46

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 452 di 614

STANDARDIZZAZIONE
PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD
NEI DISTRETTI

Costituzione di una UMVD
minori unica a livello
aziendale

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Strutturazione UMVD minori
unica entro giugno 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Strutturazione
UMVD minori unica entro giugno
2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Strutturazione UMVD
minori unica entro luglio 2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):Strutturazione UMVD minori
unica entro settembre 2024

10	15
----	----

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

DIREZIONE
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 03/09/2024 il Direttore
Sanitario riferisce che a seguito di
nota prot. 0087112 del 28/06/2024
è stata individuata la figura
sanitaria di coordinamento
(operatore unico trasversale ai
dipartimenti) e le due figure
amministrative di supporto. Sono
state condivise le modalità di
partecipazione alle sedute collegiali
distrettuali e le procedure di
valutazione, al fine di
standardizzare le risposte ai
bisogni assistenziali specifici.
L'obiettivo è considerato raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: si conferma
la valutazione espressa nella
verifica infrannuale. Obiettivo
pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 453 di 614

Direttore: **PEROGLIO CARUS ALICE**

Struttura: **S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA MONDOVI'**

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 454 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Avvio utilizzo procedura informatica OPERA per referti ambulatoriali e firma digitale da aprile 2024	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale su almeno il 70% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale compresa tra il 55% e il 69% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale compresa tra il 40% e il 54% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Nei mesi da maggio a dicembre, firma digitale < al 40% dei referti 	10	15	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 71,51%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	--	---	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 455 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 456 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 92,86%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: Ginecologia 100%, Ost 98,21%. (Sono esclusi i deceduti e i solventi).

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 457 di 614

livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 458 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

10 10

100,00 100,00

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 459 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.
L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 460 di 614

IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
OSPEDALE-TERRITORIO NEL
PERCORSO NASCITA

Istituzione di incontri
trimestrali per condivisione e
confronto tra gli specialisti
ospedalieri e
ambulatoriali del
Dipartimento Materno
Infantile su temi generici e
specifici relativi al percorso
nascita.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): -Obiettivo pienamente
raggiunto (100%): Incontri 4/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): -Obiettivo
sostanzialmente raggiunto (>95% fino
a <100%): Incontri 3/4 entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): -Obiettivo
parzialmente raggiunto (>60% fino a
95%): Incontri 2/4 entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Incontro 1/4 entro il 31/12/2024.

10	15
----	----

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

DIRETTORE
DIP.
INTERAZIENDA
LE MATERNO
INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che sono state svolte le
seguenti attività:
- effettuato primo incontro in data
18/6/24
- calendarizzate riunioni successive
per le giornate del 8/10-4/11 e
ultimo incontro nel mese di
dicembre
- ridefinita composizione Comitato
percorso nascita
- definita la metodologia di lavoro
(almeno 2 incontri in presenza)
- identificati i temi prioritari ed
affrontabili (presa in carico fragilità
psicologiche e sociali e progetto
home visiting)

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del
30/01/2025 il Direttore del
Dipartimento Materno Infantile
riferisce che dopo il primo incontro
effettuato in data 18/6 e già
indicato in precedente verifica sono
stati effettuati i successivi tre
incontri programmati in data 8/10 in
presenza, 4/11 condivisione da
remoto e 11/12 in presenza.
Durante l'incontro dell'8 ottobre si è
identificato come tema prioritario
su cui ipotizzare un progetto
quello dell'home visiting e si sono
costituiti gruppi di lavoro per
lavorare su temi specifici. In data
4/11 i vari gruppi hanno condiviso il
materiale prodotto che è servito per
stilare il progetto presentato e
discusso in plenaria nell'ultimo
incontro dell'11/12. Di ogni incontro
è stato stilato verbale.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 461 di 614

MONITORAGGIO DELLA SCHEDA "RISORSE ATTIVITÀ"	<p>Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività".</p> <p>L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.</p>	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Indicatore scheda Risorse/Attività >=95</p> <p>-Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 95 ma >=90</p> <p>-Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 90 ma >=60</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.</p>	15	15	100,00	100,00	<p>RESPONSABILE SS</p> <p>CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche segnala la necessità di approfondimento sul calo del peso medio dei ricoveri a fronte di un leggero incremento dei costi. Obiettivo sostanzialmente raggiunto (98%).</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.</p> <p>Punteggio scheda 98,7.</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
--	--	--	----	----	--------	--------	--	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 462 di 614

PDTA TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALE

Definizione PTDA intraziendale del percorso di cura della incontinenza fecale. IL PTDA descrive le singole attività svolte dalla SSCC coinvolte nella gestione dei pazienti affetti dalla suddetta disabilità. Sono definite le risorse impiegate, le modalità di accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 30/4/2024; pubblicazione ed applicazione del PDTA entro il 31/12/2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 31/5/2024; pubblicazione del PDTA entro il 31/12/2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 30/9/2024; pubblicazione del PDTA entro il 31/12/2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):stesura del PDTA con evidenza di un primo incontro entro il 31/12/2024.

10	15
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo riferisce l'avvenuta effettuazione del primo incontro il 23 aprile 2024 a cui hanno partecipato: Dipartimento Medico Generale Riabilitativo, Dipartimento Chirurgico e Dipartimento Materno Infantile. L'oggetto dell'incontro è stato:
 -Definizione del gruppo di lavoro per la realizzazione del PDTA Trattamento Incontinenza Fecale
 -Condivisione Bozza di Flow chart Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 20/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Medicina Generale Riabilitativa riferisce che in data 23 aprile 2024 è stato effettuato il primo incontro a cui hanno partecipato Dipartimento Medico Generale Riabilitativo, Dipartimento Chirurgico e Dipartimento Materno Infantile. Il PDTA è stato pubblicato sulla INTRANET aziendale e contestualmente applicato a far data dal 17.12.2024. L'obiettivo è pertanto ampiamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 463 di 614

UNIFICAZIONE INTRAZIENDALE
 DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE
 DI UROGINECOLOGIA

Ideazione e messa in uso presso le S.C. di Savigliano e Mondovì di una Scheda Unificata di gestione ambulatoriale della paziente con incontinenza urinaria non neurogena (patologia Uro-ginecologica).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Utilizzo esclusivo della Scheda Unificata presso i due Presidi per la gestione delle pazienti;
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Utilizzo della Scheda Unificata presso i due Presidi per la gestione > 70% delle pazienti;
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Utilizzo della Scheda Unificata presso i due Presidi per la gestione < 70% delle pazienti;
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Non utilizzo della Scheda Unificata per la gestione delle pazienti.

5	15
---	----

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

DIRETTORE
 DIP.
 INTERAZIENDA
 LE MATERNO
 INFANTILE

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che è stata definita scheda unica di valutazione ambulatoriale uroginecologica costruita in accordo fra le due strutture coinvolte e condivisa secondo le linee guida contenute nel PSDTA interdipartimentale sull'incontinenza urinaria non neurogena formulato la scorso anno con il dr Quercio. La scheda viene inoltre inserita come maschera anche su Opera in modo tale da permettere la refertazione con firma digitale.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 30/01/2025 il Direttore del Dipartimento Materno Infantile riferisce che si è proceduto alla applicazione clinica della scheda di valutazione uroginecologica (già realizzata e documentata nella verifica infrannuale) negli ambulatori di Mondovì e Savigliano, con unificazione dei percorsi valutativi e terapeutici per tutte le pazienti affette da patologia del pavimento pelvico.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 464 di 614

Direttore: PETRUZZELLI LUCA

Struttura: S.C. CHIRURGIA GENERALE SAVIGLIANO

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

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 465 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	5	10	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 37,77%. .</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	---	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 466 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 467 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

5	10
---	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 94,78%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: Obi Chir 90,00%. (Sono esclusi i deceduti e i solventi).

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

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 468 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 469 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

10	10
----	----

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

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 470 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.
L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE EX POST DELLE RICHIESTE DI PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI IN CLASSE B IN BASE AI CRITERI RAO AGENAS

Con riferimento alla SS Endoscopia Digestiva Savigliano Verifica della congruenza prescrittiva delle richieste in classe B per le prestazioni di gastroscopia, colonscopia, ecocardiografia rispetto alle indicazioni contenute nei documenti nazionali e regionali sui RAO.
Invio mensile, a partire da aprile, di report alla SS Gestione Front Office, sulla base di modello standard, completo di dati relativi al prescrittore.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Invio n. 9 report mensili
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Invio di almeno 7 report mensili su 9
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata verifica e mancato invio report mensili

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS GESTIONE
FRONT OFFICE

VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 114931 del 03/09/2024 Il Responsabile della SS Gestione Fornt Office riferisce che al momento sono disponibili i report dei mesi di aprile maggio giugno e luglio. La SS Gestione Front Office li sta accorpando e unificando per poter relazionare agli interessati.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 27/02/2025 il Direttore Sostituto della SC Logistica e DAPO riferisce che la SS. Gestione Front Office ha ricevuto i 9 report mensili.
L'obiettivo è pienamente raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 471 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo 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 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 96,1.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 472 di 614

PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Ottimizzazione del Progetto di Patient Blood Management con valutazione e correzione dell'anemia e/o del deficit marziale pre-operatorio per il paziente candidato ad interventi chirurgici ed urologici con previsione di necessità trasfusionale.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura del progetto entro il 30/06/2024 ed inizio arruolamento pazienti entro il 30/09/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Stesura del progetto entro il 30/09/2024 ed inizio arruolamento entro il 31/10/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Stesura del progetto entro il 31/10/2024 ed inizio arruolamento entro il 30/11/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):Mancata stesura ed applicazione del progetto entro il 31/12/2024.

10	15
----	----

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

RESPONSABILE
SS MEDICINA
TRASFUSIONAL
E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica infrannuale effettuata al 30/08/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;
- pubblicazione sull'Intranet aziendale ed inizio arruolamento pazienti a luglio 2024.
A disposizione verbali di riunioni e documento "DOCsimt511: Protocollo Operativo di Patient Blood Management" Rev. 2 di Giugno 2024.

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

VERIFICA ANNUALE: con mail del 13/12/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica finale effettuata al 10/12/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 473 di 614

PDTA TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALE

Definizione PTDA
intraaziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDTA con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDTA entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDTA
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDTA entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDTA con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

10	20
----	----

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

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

- pubblicazione sull'Intranet
aziendale ed inizio arruolamento
pazienti a luglio 2024.

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDTA
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDTA è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 474 di 614

Direttore: **PRIOTTO ROBERTO (Direttore dal 01/02/2024)**

Struttura: **S.C. RADIOLOGIA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 97,20 % **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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 475 di 614

FIRMA DIGITALE_SERVIZI

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LIS, RIS, AP.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 95% =100% dei referti
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale > 90% fino a 95% dei referti
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 85% fino a 90% dei referti
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 85% dei referti.

35	45
----	----

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

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE:Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Paddi del mese di giugno, in quanto i dati di luglio non sono ancora disponibili, è pari al 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).

L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.

Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 476 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 477 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

35	55
----	----

92,00	100,00
-------	--------

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
anche se il target relativo alle
ecografie non è raggiungibile nella
proiezione annuale, si valuta
l'impegno nella riduzione dei tempi
di esecuzione delle ecografie come
richiesto dal Direttore Sanitario.
Restano ancora da verificare e
allineare i tempi della NeuroRM
con MDC e RM Cuore. Si rende
necessaria una verifica con il
Direttore Sanitario in merito al
target assegnato sulle ecografie a
seguito dei monitoraggi trimestrali
effettuati. Obiettivo
sostanzialmente raggiunto (98%).

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
92% PER IL P1 E AL
100% PER IL P2.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione è
stata tenuta in considerazione la
ridefinizione in corso d'anno degli
standard di produzione richiesti
come da nota inserita nella scheda
R/A.
Per quanto riguarda le ecografie a
seguito del monitoraggio
infrannuale il dott. Grillo aveva
richiesto un incremento di attività in
considerazione delle criticità sulle
liste d'attesa.
L'aumento di attività realizzato non
è però stato sufficiente a
raggiungere pienamente l'obiettivo.
Obiettivo parzialmente raggiunto.
Punteggio scheda 87 (valutazione
effettuata con Direzione Generale).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

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

Pagina 478 di 614

Direttore: QUACCHIO BARBARA Dir.Sost. dal 16/12/24 - CASSISSA GIANFRANCO Dir.Sost. fino al 15/12/24 - PO

Struttura: S.C. LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDI OSPEDALIERI

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,68 % Media 2: 99,25 %

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

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 479 di 614

BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

20 20

100,00 100,00

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali (incremento della produzione, progressiva cronicizzazione della popolazione, nuove terapie) ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 480 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

15	20
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 95 documenti autorizzati in ritardo (comprensivi dei 37 autorizzati il giorno della scadenza, in tempistica non procedibile per il pagamento giornaliero), 95 per firma e zero per mancanza di DURC. Non risultano mancate giustificazioni per i DURC in istruttoria. Si suggerisce al Responsabile del Servizio di voler individuare un vicario\sostituto\delegato alla firma dei documenti in sua assenza, in modo da assicurare la massima regolarità nello svolgimento di una funzione di routine.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100.%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 481 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
FASCICOLAZIONE DOCUMENTI INFORMATICI SU GISMASTER	Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.	<p>-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024</p> <p>-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024</p> <p>-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024</p> <p>-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024</p>	10	15	100,00	100,00	DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI	<p>VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data Il Servizio Affari Generali ha tenuto un incontro specifico, richiesto dalla Struttura, in data 07/05/2024. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che il Servizio Affari Generali ha tenuto un incontro specifico, richiesto dalla Struttura, in data 07/05/2024. Il Servizio interessato ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.</p> <p>Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.</p>	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 482 di 614

MIGLIORAMENTO DEI TEMPI
D'ATTESA ATTRAVERSO LA
VALUTAZIONE EX POST DELLE
RICHIESTE DI PRENOTAZIONE
PER PRESTAZIONI IN CLASSE B
IN BASE AI CRITERI RAO AGENAS

Con riferimento alla SS
Gestione Front Office
Trasmissione trimestrale da
parte della SS Gestione
Front Office delle
informazioni di competenza
alla Direzione ed alle diverse
strutture aziendali

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Invio n. 3 report trimestrali
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata trasmissione delle
informazioni

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS GESTIONE
FRONT OFFICE

VERIFICA INFRANNUALE: Con
Prot. 114931 del 03/09/2024 Il
Responsabile della SS Gestione
Front Office riferisce che entro fine
settembre, verranno inviati i dati
dei primi 3 mesi delle endoscopie
digestive e con nota prot.
117561 del 09/09/2024 ha
trasmesso al Coordinatore del
Dipartimento per l'Integrazione
Territoriale, il report relativo alle
Cardiologie di Savigliano e
Mondovì.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
27/02/2025 il Direttore Sostituto
della SC Logistica e DAPO riferisce
che sono stati inviati i 3 report
trimestrali
periodo aprile maggio giugno:
prot. 117561 del 09/09/2024 report
ecocardiografia e prot. 124274 del
23/09/2024 report
esofagogastroduodenoscopia e
colonscopia;
periodo luglio agosto settembre:
prot. 160768 del 04/12/2024 report
esofagogastroduodenoscopia e
colonscopia;
periodo ottobre novembre
dicembre: prot. 3770 del
13/01/2025 report
esofagogastroduodenoscopia e
colonscopia. L'obiettivo è
pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 483 di 614

PROGETTO CONSERVAZIONE
 CHIAVI IN PORTINERIA SU TUTTI I
 PP.OO

Creare, in ognuno dei 5
 Presidi Ospedalieri
 (Savigliano, Saluzzo,
 Fossano, Mondovì e Ceva)
 un punto unico di raccolta e
 stoccaggio delle chiavi
 presso il locale portineria
 affinché si possa accedere in
 caso di emergenza (allarme
 incendio – emergenze
 strutturali/funzionali) in tutti
 locali.

-Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): Creazione punto di raccolta
 su tutti e 5 i PP.OO
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%): Creazione
 punto raccolta in 3 PP.OO
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%): Creazione punto di
 raccolta in 2 PP.OO
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):
 Mancata creazione punti raccolta

5	15
---	----

95,00	95,00
-------	-------

DIRETTORE SC
 LOGISTICA E
 DAPO

VERIFICA INFRANNUALE: Con
 Prot. 113850 del 30/08/2024 il
 Direttore Sostituto della DAPO
 riferisce che:
 Presidio di Savigliano: inviato
 richiesta Direzione Sanitaria di
 Presidio di comunicare ai
 reparti/servizi di consegnare copia
 delle chiavi. Predisposto in
 collaborazione con SC Tecnico
 planimetrie Presidio Ospedaliero di
 Savigliano. Verifica presenza chiavi
 Blocco G. Richiesta acquisto
 cassetine per contenimento chiavi.
 Presidio di Saluzzo: circa l'80%
 delle chiavi presente presso la
 portineria.
 Presidio di Fossano: circa il 60%
 delle chiavi presente presso la
 portineria.
 PRESIDIO DI MONDOVI: Presso
 il Centro Gestione Emergenze
 H24 - Centralino del Presidio di
 Mondovì, dove è presente un
 punto unico di raccolta e
 stoccaggio delle chiavi, si sta
 provvedendo a fare una opportuna
 ricognizione dell'esistente.
 PRESIDIO DI CEVA: Presso la
 Portineria/Centralino dell' Ospedale
 di Ceva, dove è presente un punto
 unico di raccolta e stoccaggio
 chiavi, si sta procedendo a
 controllare il funzionamento di tutte
 le chiavi già esistenti e a
 provvedere all'eventuale
 sostituzione/integrazione.

L'O.I.V. PRENDE
 ATTO DELLA
 MISURAZIONE E
 DEL GIUDIZIO DEL
 RELAZIONANTE,
 LO CONDIVIDE E
 NE CONFERMA IL
 RISULTATO
 VALUTANDO
 L'OBIETTIVO
 RAGGIUNTO AL
 95%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
 27/02/2025 il Direttore Sostituto
 della S.C. Logistica e DAPO
 riferisce che:
 nell'Area Nord:
 PO di SAVIGLIANO: sono presenti
 le chiavi presso il punto unico di
 raccolta presso la portineria;

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 484 di 614

PO di FOSSANO: sono presenti la quasi totalità delle chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria;

PO di SALUZZO: sono presenti la quasi totalità delle chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria.

Nell'area Sud-est:

P.O. di CEVA: sono presenti le chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria;

P.O. di MONDOVI': sono presenti le chiavi presso il punto unico di raccolta presso la portineria.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 485 di 614

PROGETTO STESURA MANUALI
OPERATIVI POOL
AMMINISTRATIVO MONDOVI'-CEVA

Stesura Manuali Operativi da parte degli Amministrativi del Pool nei seguenti Servizi del Presidio di Mondovì
• Senologia – Day Hospital
Oncologico e CAS – Anatomia Patologica – Servizio Immuno Trasfusionale, Endoscopia Digestiva, Cardiologia (ambulatorio e reparto) - Day Surgery – Long Week (Chirurgia, Ortopedia, Urologia) – Medicina – Ambulatorio di Neurologia – Fisiatria – Ginecologia – Pediatria Nido e nei seguenti Servizi del Presidio di Ceva:
• Radiologia - Dialisi – Medicina – Fisiatria – Day Surgery (chirurgia e oculistica).

Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura di tutti i manuali
Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Stesura di 10 manuali
Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Stesura di 7 manuali
Obiettivo non raggiunto (<60%): Stesura di meno di 5 manuali

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
LOGISTICA E
DAPO

VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 113850 del 30/08/2024 il Direttore Sostituto della DAPO riferisce che gli amministrativi del Pool Mondovì - Ceva hanno provveduto alla stesura dei Manuali Operativi, ciascuno per i servizi /ambulatori in cui operano. Allo stato attuale i manuali conclusi sono i seguenti:

Presidio di Mondovì:
Senologia - Day Hospital
Oncologico - CAS - Anatomia Patologica - Ambulatorio Cardiologia - Reparto Cardiologia - Day Surgery - Long Week (Chirurgia, Ortopedia, Urologia) - Reparto Medicina - Servizio Fisiatria - Reparto Ginecologia.

Presidio di Ceva: Radiologia - Servizio Dialisi - Reparto Medicina - Servizio Fisiatria - Day Surgery (chirurgia e oculistica).

Manuali in fase di conclusione entro il mese di settembre: Ambulatorio di Neurologia - Servizio Immuno Trasfusionale- Endoscopia Digestiva.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 27/02/2025 il Direttore Sostituto della S.C. Logistica e DAPO riferisce che gli amministrativi del Pool Mondovì - Ceva hanno provveduto alla stesura dei Manuali Operativi, ciascuno per i servizi /ambulatori in cui operano. I manuali sotto elencati sono tutti conclusi :
- Presidio di Mondovì: Senologia -

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 486 di 614

Day Hospital Oncologico - CAS -
Anatomia Patologica - Ambulatorio
Cardiologia - Reparto Cardiologia -
Day Surgery - Long Week
(Chirurgia, Ortopedia, Urologia) -
Reparto Medicina - Servizio
Fisiatria - Reparto Ginecologia -
Pediatria - Nido - Ambulatorio di
Neurologia - Servizio Immuno
Trasfusionale- Endoscopia
Digestiva;
- Presidio di Ceva: Radiologia -
Servizio Dialisi - Reparto
Medicina - Servizio Fisiatria - Day
Surgery (chirurgia e oculistica).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 487 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	35	35	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 132,6.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 488 di 614

PDТА TRATTAMENTO
INCONTINENZA FECALЕ

Definizione PTDA
intraziendale del percorso di
cura della incontinenza
fecale.
IL PTDA descrive le singole
attività svolte dalla SSCC
coinvolte nella gestione dei
pazienti affetti dalla suddetta
disabilità.
Sono definite le risorse
impiegate, le modalità di
accesso, le strategie di cura.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
30/4/2024; pubblicazione ed
applicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):stesura del
PDТА con evidenza di un primo
incontro entro il 31/5/2024;
pubblicazione del PDТА entro il
31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):stesura del PDТА
con evidenza di un primo incontro
entro il 30/9/2024; pubblicazione del
PDТА entro il 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):stesura del PDТА con
evidenza di un primo incontro entro il
31/12/2024.

15

35

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data
02/09/2024 il Direttore del
Dipartimento Medico Riabilitativo
riferisce l'avvenuta effettuazione
del primo incontro il 23 aprile 2024
a cui hanno partecipato:
Dipartimento Medico Generale
Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. L'oggetto dell'incontro è
stato:
-Definizione del gruppo di lavoro
per la realizzazione del PDТА
Trattamento Incontinenza Fecale
-Condivisione Bozza di Flow chart
Trattamento Incontinenza Fecale.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
20/02/2025 il Direttore del
Dipartimento di Medicina Generale
Riabilitativa riferisce che in data 23
aprile 2024 è stato effettuato il
primo incontro a cui hanno
partecipato Dipartimento Medico
Generale Riabilitativo, Dipartimento
Chirurgico e Dipartimento Materno
Infantile. Il PDТА è stato pubblicato
sulla INTRANET aziendale e
contestualmente applicato a far
data dal 17.12.2024.
L'obiettivo è pertanto ampiamente
raggiunto.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 489 di 614

TELERIABILITAZIONE

Stesura protocolli riabilitativi per le attività di tele-riabilitazione registrati correttamente nei flussi e tariffati.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): stesura di n° 2 protocolli di teleriabilitazione entro il 30/6/2024 con evidenza di almeno 3 riunioni; applicazione dei protocolli entro il 31/12/2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):stesura di n° 2 protocolli di teleriabilitazione entro il 30/9/2024 con evidenza di almeno 3 riunioni; applicazione dei protocolli entro il 31/12/2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):stesura di n° 2 protocolli di teleriabilitazione entro il 31/12/2024 con evidenza di almeno 3 riunioni.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):mancata stesura dei protocolli

20	30
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
GENERALE E
RIABILITATIVO

VERIFICA INFRANNUALE: In data 02/09/2024 il Direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo riferisce che con Mail del 26/06/2024 l'Ufficio Qualità ha comunicato la stesura delle istruzioni operative:
- IODMEG001 ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA TELERIABILITAZIONE DEI PAZIENTI CARDIOPERATI
- IODMEG002 ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA TELERIABILITAZIONE DEI PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON
Con nota prot. 92872 del 10/07/2024 il Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Nord ha comunicato la pubblicazione delle istruzioni operative sulla intranet aziendale. I documenti trovano applicazione dal 01/07/2024.
Con mail dell'11/07/2023 è stata data evidenza delle riunioni effettuate: 06/05/2024 - 30/05/2024 e 17/06/2024.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 20/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Generale Riabilitativo conferma quanto già comunicato nella verifica infrannuale in data 02/09/2024 e pertanto l'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 490 di 614

Direttore: **RAVIOLO MARIO**

Struttura: **S.C. MAXIEMERGENZA 118 (REGIONALE)**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 491 di 614

COMPLETAMENTO ACQUISIZIONE
E OPERATIVITA' EMT2 ITA
REGIONE PIEMONTE

Completamento acquisizione
e operatività EMT2 ita
Regione Piemonte

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): completamento acquisizione
e dichiarazione di operatività entro il
30 novembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): completamento
acquisizione e dichiarazione di
operatività entro il 15 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): completamento
acquisizione e dichiarazione di
operatività entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
mancata dichiarazione di operatività al
31 dicembre 2024

70	100
----	-----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP.
EMERGENZA
URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
Direttore Dipartimento Emergenza
Urgenza riferisce: Operatività
EMT2 ITA Regione Piemonte
completata. Trasmessa nota con
oggetto " ripristino operatività
EMT2 ITA Regione Piemonte"
protocollo ASL CN1 n. 87873 del
01/07/2024 al Capo Dipartimento di
Protezione Civile . Ing. Curcio e per
cc. a Presidente Regione
Piemonte, agli Assessori Sanità e
Prot. Civile della Regione Piemonte
e al Direttore Aslcn1.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
25669 del 24/02/2025 il Direttore
del Dipartimento di Emergenza
Urgenza conferma quanto indicato
nella verifica infrannuale

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 492 di 614

Direttore: REINAUDO PIERO GIUSEPPE

Struttura: S.C. SERVIZIO LEGALE (Interaziendale)

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 493 di 614

BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

10	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato nel suo complesso. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 494 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini.
Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi.
Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 495 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 496 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in Regione in data 29.02.2024 con prot n 29599) ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione (inviato in regione in data 31/05/2024 con prot. n 73305 e approvato con determinazione del responsabile del Dipartimento di prevenzione n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione e sta contribuendo all'attuazione delle azioni di competenza previste in relazione agli obiettivi e alle azioni del Piano Locale. Il monitoraggio, ad Agosto 2024, evidenzia un andamento delle attività compatibile con il raggiungimento degli obiettivi previsti a fine anno.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che a) La Struttura ha contribuito per quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 497 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione
b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'AO SANTA 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 21/03/2025 (Prot. ASL CN1 38607 del 21/03/2025) la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo - ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo con raggiungimento finale al 100%.

L'OIV DELL'AO S. CROCE E CARLE DI CUNEO RIFERISCE LA PERCENTUALE DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 498 di 614

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

VERIFICA ANNUALE: con nota
prot. 20624 del 19/03/2025 (prot.
ASL CN1 37828 del 20/03/2025)
l'OIV dell'ASL CN2 comunica la
valutazione positiva obiettivi budget
2024 con pieno raggiungimento
degli obiettivi assegnati.

L'OIV dell'ASL CN2
riferisce la
percentuale di
raggiungimento
dell'obiettivo al 100%

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 499 di 614

Direttore: RIBERI CLAUDIO (Direttore sostituito dal 25/10/2024) - FOLCO LUCA (Fino al 24/10/2024)

Struttura: S.C. SERVIZIO TECNICO

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,70 % Media 2: 99,60 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 500 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

25 35

100,00 100,00

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica, es. riunione del 30 luglio 2024 ore 9e30 con DA). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato nel suo complesso. 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

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 501 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

20	35
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 25 documenti autorizzati in ritardo, 25 per firma e zero per mancanza di DURC. Non risultano mancate valorizzazioni delle giustificazioni per i DURC in corso di acquisizione. Si suggerisce al Responsabile del Servizio di voler individuare un vicario\ sostituto\ delegato alla firma dei documenti in sua assenza, in modo da assicurare la massima regolarità nello svolgimento di una funzione di routine.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 502 di 614

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 2024,
con riferimento alla parte di
propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione
Generale.

40

0

100,00

100,00

DIREZIONE
GENERALE
(sulla base dei
documenti
prodotti dai
soggetti
relazionanti
individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota
prot. 27792 del 28/02/2025 il
Direttore Generale riferisce che
tutte le Strutture hanno collaborato
per il raggiungimento dell'obiettivo
aziendale, per cui si considera
positivamente il raggiungimento
dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 503 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 28/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95606 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 504 di 614

PROGETTO CONSERVAZIONE
CHIAVI IN PORTINERIA SU TUTTI I
PP.OO

Creare, in ognuno dei 5
Presidi Ospedalieri
(Savigliano, Saluzzo,
Fossano, Mondovì e Ceva)
un punto unico di raccolta e
stoccaggio delle chiavi
presso il locale portineria
affinché si possa accedere in
caso di emergenza (allarme
incendio – emergenze
strutturali/funzionali) in tutti
locali.

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione punto di raccolta
su tutti e 5 i PP.OO
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione
punto raccolta in 3 PP.OO
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione punto di
raccolta in 2 PP.OO
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione punti raccolta

5	10
---	----

96,00	96,00
-------	-------

DIRETTORE SC
LOGISTICA E
DAPO

VERIFICA INFRANNUALE: Con
Prot. 113850 del 30/08/2024 il
Direttore Sostituto della DAPO
riferisce che sono state predisposte
le necessarie planimetrie per i
Presidi di Savigliano e Saluzzo in
collaborazione con SC Tecnico per
catalogare tutte le chiavi dei diversi
locali.
La SC Tecnico Mondovì ha
collaborato per l'aggiornamento
delle planimetrie, ove necessario.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
96%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
27/02/2025 il Direttore Sostituto
della S.C. Logistica e DAPO
riferisce che:
- nell'Area Sud: la SC Servizio
Tecnico ha collaborato per il
controllo del funzionamento delle
chiavi già esistenti e ha provveduto
ad una loro sostituzione o
integrazione;
- nell'Area Nord: per quel che
riguarda il PO di Saluzzo l'obiettivo
è stato parzialmente raggiunto in
quanto mancano ancora alcune
copie di chiavi (es poliambulatori);
- sui PP.OO. di Savigliano e
Fossano la SC ServizioTecnico ha
collaborato alla realizzazione
dell'obiettivo.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 505 di 614

Direttore: **RISSO FRANCESCO**

Struttura: **S.C. PSICHIATRIA AREA SUD**

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 506 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

15 35

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 507 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	25
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 100,00%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: Obi SPDC 0% (1 caso). (Sono esclusi i deceduti e i solventi)

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 508 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

40	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 100,2.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 509 di 614

Direttore: **RISSO FRANCESCO (Direttore temp.)**

Struttura: **S.C. PSICHIATRIA 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 510 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

15	35
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 511 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	25
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
LDO: 80,00%. (Sono esclusi i deceduti).
VPS: Obi SPDC 88,24% . (Sono esclusi i deceduti e i solventi).

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).

L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.

Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 512 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.
 Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

40	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
 SS
 CONTROLLO DI
 GESTIONE,
 FLUSSI
 INFORMATIVI E
 ATTIVITA'
 STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
 Punteggio scheda 98,6.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 513 di 614

Direttore: **RIVERA FABRIZIO**

Struttura: **S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %**

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesì		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 514 di 614

ATTIVITA' DI PROCUREMENT DI
TESSUTO MUSCOLO
SCHELETRICO DA DONATORE
VIVENTE

Attività di selezione del
donatore vivente, prelievo di
tessuto muscolo scheletrico
(epifisi femorale) ed invio alla
Banca dei Tessuti della
Regione Piemonte e della
Valle d'Aosta del Presidio
Ospedaliero CTO-AOU Città
della Salute e della Scienza
di Torino.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): invio alla Banca dei Tessuti n.
epifisi femorali > 20 entro il
31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):invio alla Banca
dei Tessuti > 15 epifisi femorali entro
il 31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):invio alla Banca dei
Tessuti > 10 epifisi femorali entro il
31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):invio
alla Banca dei Tessuti < 10 epifisi
femorali entro il 31/12/2024

5	15
---	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS MEDICINA
TRASFUSIONAL
E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 la
Responsabile della SS Medicina
Trasfusionale riferisce che alla
verifica infrannuale effettuata al
30/06/2024 l'obiettivo è da
considerarsi pienamente raggiunto;
di seguito la rendicontazione delle
attività svolte:
- organizzato in data 23/04/24
corso di formazione per il
personale coinvolto nell'attività di
procurement con la partecipazione
dei responsabili della banca di
Torino;
- effettuate 91 visite di valutazione
del donatore di tessuto muscolo-
scheletrico;
- effettuato prelievo ed invio di 39
epifisi femorali alla banca dei
tessuti
A disposizione attestati di
partecipazione al corso e file con
la registrazione dell'attività svolta.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
13/12/2024 la Responsabile della
SS Medicina Trasfusionale riferisce
che alla verifica finale effettuata al
10/12/2024 l'obiettivo è da
considerarsi pienamente raggiunto;
di seguito la rendicontazione delle
attività svolte:
- organizzato in data 23/04/24
corso di formazione per il
personale coinvolto nell'attività di
procurement con la partecipazione
dei responsabili della banca di
Torino;
- effettuate 160 visite di
valutazione del donatore di tessuto
muscolo-scheletrico;
- effettuato prelievo ed invio di 68
epifisi femorali alla banca dei
tessuti.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 515 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

CONTENIMENTO DELLA SPESA (NOTA REGIONALE PROT. 163416 DEL 19/12/2023) - DISPOSITIVI MEDICI

Rispetto delle quote di mercato indicate da SCR nelle gare di appalto per i DM impiantabili: Protesi d'anca, Stent, Pace-Maker e Defibrillatori. Tenuta registro dispositivi impiantati suddivisi per lotto e invio trimestrale alla S.C. Logistica e DAPO del prospetto riepilogativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto delle tempistiche di invio dei prospetti e delle % della quota di mercato
-Sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%). Rispetto delle tempistiche di invio del prospetto, mancato rispetto delle % della quota di mercato con giustificativo degli scostamenti
-Parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Rispetto delle tempistiche di invio del prospetto, mancato rispetto delle % della quota di mercato senza giustificativo degli scostamenti
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto delle tempistiche di invio del prospetto, mancato rispetto delle % della quota di mercato senza giustificativo degli scostamenti

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce: monitoraggio in corso con le strutture competenti. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che In corso d'anno SCR ha eliminato le indicazioni delle percentuali di acquisti obbligatori in accordo quadro. Il servizio ha effettuato la tenuta del registro trimestrale come da indicazioni. Ha inoltre collaborato proattivamente, con il Controllo di Gestione e il Di.P.Sa, ad analizzare i risultati emersi dalle analisi condotte sui

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 516 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	10	15	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 93,83%. .</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 517 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 518 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al:
 LDO: 94,78%. (Sono esclusi i deceduti).
 VPS: FT Orto 97,48% . (Sono esclusi i deceduti e i solventi)

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).
 L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.
 Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 519 di 614

raggiunto nelle percentuali richieste
dalla Regione Piemonte.
Alla luce delle precedenti
considerazioni la Direzione
Generale considera l'obiettivo
pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 520 di 614

GREEN OPERATING ROOM

Ottimizzazione della raccolta
rifiuti in Sala Operatoria

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Creazione del Green Team
multispecialistico entro fine giugno ed
esecuzione di almeno 3 riunioni del
suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Creazione del
Green Team multispecialistico entro
fine settembre ed esecuzione di < 3
riunioni del suddetto entro fine
dicembre
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Creazione del Green
Team multispecialistico entro fine
dicembre ed esecuzione di 1 riunione
del suddetto entro fine dicembre
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata creazione del Green Team
multispecialistico.

5

15

100,00

100,00

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 21/08/2024, il Direttore
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
riferisce che il Green Team nasce
nel 2023 su iniziativa della
Chirurgia Generale di Savigliano
che, in occasione di una tesi di
Specializzazione ed in
collaborazione con la AOU Città
della Salute e della Scienza di
Torino, riunisce un gruppo di lavoro
multidisciplinare e
multiprofessionale di operatori del
Blocco Operatorio di Savigliano,
insieme con la Direzione Sanitaria
di Presidio di Savigliano come
responsabile del Blocco
Operatorio. Dato il buon esito del
confronto sulle buone pratiche per
l'ottimizzazione della raccolta dei
rifiuti in Sala Operatoria nelle varie
riunioni del Green Team di
Savigliano, si propone di
coinvolgere il Dipartimento
Chirurgico ai fini di condividere e
diffondere le buone pratiche ai
Blocchi Operatori di tutti i PP.OO.
dell'ASLCN1, rendendo uniformi i
comportamenti a livello Aziendale.
Nella prima riunione del
03/04/2024 è stato presentato il
progetto "Green Operating Room",
illustrandone gli obiettivi e
sensibilizzando tutto il personale
sull'importanza di aderire a buona
pratiche di ottimizzazione dei rifiuti
nei Blocchi Operatori. Nella
riunione del 13/06/2024 si è
provveduto ad ufficializzare la
creazione del Green Team
multispecialistico dell'ASLCN1 che
include le Direzioni Sanitarie di
Savigliano e Mondovì, i medici
delle varie specialità chirurgiche
afferenti ai blocchi operatori di
Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 521 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. E' prevista una successiva riunione conclusiva.
 L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce la creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed l'effettuazione di n. 3 riunioni in data:
 - 03/04/2024
 - 13/06/2024
 - 03/12/2024.
 L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

25	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
 Punteggio scheda 97,1.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 522 di 614

Direttore: **ROSSI ROBERTO**

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			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 523 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PAISA

a) collaborazione nella redazione dei documenti di rendicontazione del PAISA 2023 e di programmazione del PAISA 2024;
b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza, secondo quanto indicato nella programmazione PRISA 2024;

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione dell'80% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 70% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024
b) Attuazione del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. 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 rendicontazione 2023 e di programmazione 2024

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che il Servizio, attraverso un processo condiviso con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito del gruppo di progetto Paisa, ha contribuito alla stesura del documento di rendicontazione "PAISA 2023" (prot. 29051 del 28/2/2024) e a quella del documento di programmazione, inoltrato entro i termini previsti dal "Prisa 2024" (prot. 65329 del 14/5/2024). L'attività di controllo ufficiale prevista per il Servizio è in fase di attuazione con risultati in linea a quanto atteso per il periodo. Sono costantemente alimentate le piattaforme informatiche nazionali e regionali dedicate.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che :
a) Sono stati pienamente rispettati gli indirizzi e le scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione PAISA relativi all'anno 2023, nonché per la programmazione PAISA per l'anno 2024.
La Programmazione PAISA 2024 è stata oggetto di un'attenta condivisione con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato per

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 524 di 614

b) Attuazione di meno del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. Mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

tale scopo. Tale condivisione ha permesso di recepire in modo efficace le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione Piemonte attraverso il PRISA 2024, garantendo un allineamento strategico con gli obiettivi regionali.
b) L'attuazione delle attività

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 525 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che a)
La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 526 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 527 di 614

BACK OFFICE AMMINISTRATIVO
DI SICUREZZA ALIMENTARE -
MODELLO ORGANIZZATIVO
INTEGRATO

L'obiettivo rappresenta un ulteriore step all'interno del più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione (Strutture Veterinarie e Sian). Nel corso del 2024, individuata una figura di coordinamento diretto, saranno riviste e ridistribuite le competenze del personale della sede di Saluzzo, individuando un modello organizzativo da estendere successivamente alle altre sedi territoriali

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività di tutte le Aree - sede di Saluzzo
Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 2 Aree - sede di Saluzzo
Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 1 Area - sede di Saluzzo
Obiettivo non raggiunto (<60%):
a. Mancata definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
b. Mancata applicazione operativa del modello sulle attività - sede di Saluzzo

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che l'attività di back office sulla sede di Saluzzo è stata riorganizzata, attraverso l'individuazione di un modello integrato, con revisione dei carichi di lavoro e delle competenze. La Struttura partecipa alla nuova organizzazione. L'obiettivo risulta in linea con quanto programmato.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la Struttura ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo attraverso la partecipazione diretta ed operativa al progetto integrato E' stato definito un modello organizzativo di back office amministrativo di Sicurezza Alimentare unico ed integrato. E' stata individuata una figura di coordinamento e riferimento di ambito territoriale, sono stati rivisti i carichi di lavoro e le competenze.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 528 di 614

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 2024,
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. 27792 del 28/02/2025 il
Direttore Generale riferisce che
tutte le Strutture hanno collaborato
per il raggiungimento dell'obiettivo
aziendale, per cui si considera
positivamente il raggiungimento
dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 529 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 530 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI VETERINARI

Attivazione/mantenimento
funzioni vicarianti del
personale veterinario
dirigente, convenzionato e
del personale del comparto.

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Numero di interventi vicarianti
effettuati pari al 100% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Numero di
interventi vicarianti effettuati compreso
tra il 96% e il 99% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie;
Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Numero di interventi
vicarianti effettuati compreso tra il
60% e il 95% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Numero di interventi vicarianti
effettuati inferiore al 60% delle
necessità organizzative delle Aree
Veterinarie

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che la
Struttura collabora attivamente con
le altre Strutture dipartimentali con
funzioni integrate/vicarianti, con
attività specifiche per i diversi ruoli.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
la struttura ha effettuato interventi
integrati/vicarianti in risposta alle
necessità organizzative e gestionali
delle Aree veterinarie presso
allevamenti, stabilimenti di
trasformazione e

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

15	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 111,2.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 531 di 614

PROGETTO PILOTA PER LA
DEMATERIALIZZAZIONE DEI
CONTROLLI UFFICIALI (CU)
SVOLTI DAI SERVIZI DI
SICUREZZA ALIMENTARE

Progetto pilota per la
dematerializzazione dei
controlli ufficiali (CU)
a)Predisposizione in
GISMASTER di un template
di verbale editabile per
l'esecuzione delle attività di
CU (ex art. 13 reg. UE
625/17), creazione di cartella
condivisa per archiviazione e
definizione di sistema di invio
via PEC del verbale all'OSA
b)configurazione/acquisto di
materiale informatico per
l'apposizione di firma
grafometrica e per la
connessione (software, PC,
tablet ecc..)
c)Sperimentazione operativa

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 20 verbali.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 10 verbali.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 4 verbali.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
a.Incompleta predisposizione in
GISMASTER di un template di verbale
editabile, cartella condivisa e sistema
di invio via PEC
b.Incompleta configurazione/acquisto
di un supporto in informatico per
struttura
c.Mancata sperimentazione operativa.

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che
sono state fatte diverse riunioni,
con le Strutture dipartimentali
interessate e con il servizio
informatico per definire l'operatività
del progetto. E' stato predisposto
un primo modello di template
editabile.
Le procedure operative saranno
meglio definite dopo aver acquisito
hardware e software dedicati,
attraverso un finanziamento ad hoc
(l'accordo relativo all'utilizzo di tali
fondi è stato firmato nel mese in
corso, agosto 2024). L'obiettivo è
in corso di realizzazione.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
la Struttura ha contribuito alla
realizzazione dell'obiettivo
attraverso la partecipazione diretta
al gruppo di lavoro sia nella fase di
costruzione progettuale, sia in
quella operativa.
Il progetto si è articolato in diverse
fasi, con i seguenti risultati:
a) è stato predisposto un template
di verbale ex art.13 reg.UE 625/17,
in formato editabile, sono stati
analizzati gli aspetti giuridici
dell'apposizione delle firme grafica
e digitale, sono stati realizzati

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 532 di 614

Direttore: SAGLIETTI ANDREA

Struttura: S.S. INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 98,80 % Media 2: 97,60 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 533 di 614

ADOZIONE NUOVO MODELLO
PAGO PA

Risoluzione dei problemi informatici di abbinamento dello IUV applicato alla quietanza dal PSP rispetto allo IUV applicato al documento fiscale emesso dai software di sportello. Adozione di un modello aggiornato e privo di errori di abbinamento [New: anche] utilizzando le API Asincrone, [New: se disponibili], come da nota PagoPA del 6/12/2023
 Completamento della verifica del ciclo attivo sino all'attestazione corretta delle spese sanitarie incassate per le certificazioni del sistema TS

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Risoluzione dei problemi tecnici di abbinamento e verifica del percorso contabile di piena associazione dei documenti entro il 30/06/2024. Rispetto delle scadenze di cui alla nota del 06/12/2023 e adozione del nuovo modello aggiornato con risoluzione alla fonte di tutti gli errori abbinamento. Completamento della verifica del ciclo attivo sino all'attestazione corretta delle spese sanitarie incassate per le certificazioni al sistema TS.
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Risoluzione dei problemi tecnici di abbinamento e verifica del percorso contabile di piena associazione dei documenti entro il 30/06/2024. Adozione del nuovo modello aggiornato entro il 30 giugno 2024 con risoluzione alla fonte di tutti gli errori abbinamento. Completamento della verifica del ciclo attivo sino all'attestazione corretta delle spese per le certificazioni al sistema TS.
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Parziale risoluzione dei problemi tecnici di abbinamento come da dettaglio obiettivo entro il 30/06/2024. Adozione entro il 30/06/2024 del modello aggiornato che presenta ancora errori di abbinamento tali da rendere il modello non affidabile. Parziale verifica del ciclo attivo sino all'attestazione corretta delle spese per le certificazioni al sistema TS.
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Parziale risoluzione dei problemi tecnici di abbinamento come da dettaglio obiettivo entro il 30/06/2024. Mancata adozione entro il 30/06/2024 del modello aggiornato. Presenza di errori di abbinamento tali

10 20

88,00 88,00

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto (98%), nella nuova formulazione. I problemi tecnici di abbinamento sono stati ridotti ad un valore inferiore all'uno per cento; occorrono ancora attività di abbinamento svolte dai tecnici, a posteriori, per gli errori residui. Il passaggio alle API asincrone non è ancora avvenuto per problemi relativi alla piattaforma nazionale PagoPA. Suggesta una verifica intermedia sull'attestazione delle spese al sistema TS.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che i problemi tecnici di abbinamento sono stati ridotti ad un valore inferiore all'uno per cento (0,45% nell'ultimo trimestre 2024); occorrono ancora attività di abbinamento svolte dai tecnici, a posteriori, per gli errori residui. Il passaggio alle API asincrone non è ancora avvenuto per problemi relativi alla piattaforma nazionale PagoPA, non imputabili al CED aziendale. Non svolta la verifica intermedia sull'attestazione delle spese al sistema TS.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO ALL'88%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 534 di 614

		da rendere il modello non affidabile. Mancata verifica del ciclo attivo sino all'attestazione corretta delle spese per le certificazioni al sistema TS.							
BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE	Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance. a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa. b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 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 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto\servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). L'andamento del conto 3101014 terrà conto della decisione di SCR di riconoscere retroattivamente l'incremento inflattivo sul contratto del CUP regionale. La spesa per il cloud conto 3150203 deve essere considerata obbligatoria in quanto accessoria al PNRR. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
								VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato nel suo complesso. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento	

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 535 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini.
Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi.
Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 536 di 614

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

50

20

100,00

100,00

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 537 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95612 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 538 di 614

Direttore: SAGLIONE GIAN LUCA

Struttura: S.C. DISTRETTO NORD-EST

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,95 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 539 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

5

10

100,00

100,00

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza ,nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 540 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione

b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 541 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 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 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche gli incrementi di costo relativi alla DGR 38 (+3,5% rette) oggetto di specifica relazione. Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato osservato. 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

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 542 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi. Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

10	10
----	----

99,50	100,00
-------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è sostanzialmente raggiunto 99%. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini: al netto delle note di credito, risultano 5 documenti autorizzati in ritardo, 1 per firma e 4 per mancanza di DURC. Non valorizzate le giustificazioni per i 4 DURC in corso di acquisizione.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. Risultato prima parte dell'anno: 99%. Risultato seconda parte dell'anno: 100%

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 99,5% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 543 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 544 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
 Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
 Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
 Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
 Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
 L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 545 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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

5

15

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che la
Struttura collabora all'attività di
analisi, individuazione criticità e
tenuta rapporti con i MMG/PLS.
Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 546 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

15 15

100,00 100,00

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
potranno essere necessari
approfondimenti anche alla luce
degli incrementi di costo
conseguenti all'applicazione delle
indicazioni regionali contenute nella
DGR 38/2024. Obiettivo raggiunto.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che la valutazione è
effettuata a livello dipartimentale.
Sono stati tenuti in considerazione i
seguenti fattori che non erano
prevedibili in fase di assegnazione
del budget:
- Incremento del 3,5% sulle
strutture residenziali di cui alla
DGR 27 maggio 2024, n. 38-8654
- Incremento degli inserimenti nelle
strutture residenziali per anziani
sull'area di Cuneo e Mondovì
richiesto dalla Direzione
- Aumento della spesa
farmaceutica convenzionata anche
in conseguenza dell'elevato
numero di farmacie a basso
fatturato e farmacie rurali
sussidiate con riconoscimento
dell'indennità di residenza che, con
la nuova remunerazione introdotta
a partire da marzo 2024, godono di
una quota fissa aggiuntiva. Si
evidenzia tuttavia che il valore di
spesa farmaceutica lorda pro-
capite risulta essere decisamente
inferiore rispetto alla media
regionale.
Punteggio scheda 95,5: sono stati
riconteggiati i risultati degli

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 547 di 614

indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG). Il conteggio è stato fatto complessivamente sul dipartimento.

PRESTAZIONI EXTRA-LEA

Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato, anche grazie alla compilazione delle schede di monitoraggio predisposte dall'Azienda al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Rispetto della ripartizione interna del budget assegnato
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancato rispetto del budget assegnato

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS DIREZIONE
AMMINISTRATI
VA
TERRITORIALE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 02/09/2024 la Responsabile della Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che Budget annuo: € 266.766,84 Spesa rilevata al 31/07/2024: € 191.698,97 L'andamento della spesa, rilevato al 31/07/2024, del Distretto Nord Est non è in linea con l'anno 2023 e, nello specifico delle attività che generano extra lea, il superamento è avvenuto per i contributi erogati agli utenti per la dialisi domiciliare.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 24/02/2025 la Responsabile della S.S. Direzione Amministrativa Territoriale riferisce che la spesa extra lea generata dal Distretto Nord Est nell'anno 2024 è stata pari ad € 337.014,88 (come da tabella agli atti); rispetto al budget di spesa assegnato pari ad € 266.766,84 ha generato un disavanzo di € 70.248,06. Il finanziamento regionale per la spesa extra lea anno 2024 è di € 2.096.327,49 (di cui € 14.156,68 per contributi per l'acquisto di parrucche per alopecia per utenti donne e minori, per le pile e carica batterie per i portatori di protesi cocleari). L'incremento del finanziamento ed il monitoraggio mensile hanno permesso il rispetto della spesa extra lea a livello aziendale. In accordo con la Direzione Aziendale si conferma il raggiungimento dell'obiettivo.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 548 di 614

STANDARDIZZAZIONE
PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD
NEI DISTRETTI

Costituzione di una UMVD
minori unica a livello
aziendale

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Strutturazione UMVD minori
unica entro giugno 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Strutturazione
UMVD minori unica entro giugno
2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Strutturazione UMVD
minori unica entro luglio 2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%):Strutturazione UMVD minori
unica entro settembre 2024

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE
SANITARIA

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 03/09/2024 il Direttore
Sanitario riferisce che a seguito di
nota prot. 0087112 del 28/06/2024
è stata individuata la figura
sanitaria di coordinamento
(operatore unico trasversale ai
dipartimenti) e le due figure
amministrative di supporto. Sono
state condivise le modalità di
partecipazione alle sedute collegiali
distrettuali e le procedure di
valutazione, al fine di
standardizzare le risposte ai
bisogni assistenziali specifici.
L'obiettivo è considerato raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: si conferma
la valutazione espressa nella
verifica infrannuale. Obiettivo
pienamente raggiunto.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 549 di 614

Direttore: **SALME' GIULIO**

Struttura: **S.C. RADIOLOGIA SAVIGLIANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 98,80 % **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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 550 di 614

FIRMA DIGITALE_SERVIZI

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LIS, RIS, AP.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 95% =100% dei referti
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale > 90% fino a 95% dei referti
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 85% fino a 90% dei referti
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 85% dei referti.

10	45
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE:Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Paddi del mese di giugno, in quanto i dati di luglio non sono ancora disponibili, è pari al 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).

L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.

Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 551 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.									
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	60	55	98,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che anche se il target relativo alle ecografie non è raggiungibile, in proiezione annuale, si valuta l'impegno della struttura in quanto il numero di prestazioni per medico è aumentato. Si rende necessaria una verifica con il Direttore Sanitario in merito al target assegnato sulle ecografie a seguito dei monitoraggi trimestrali effettuati. Obiettivo sostanzialmente raggiunto (98%). VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che nella valutazione è stata tenuta in considerazione la grave carenza di medici radiologi per la quale si è proceduto ad una rivalutazione in corso d'anno sugli standard di produzione richiesti. Per quanto riguarda le ecografie a seguito del monitoraggio infrannuale il dott. Grillo aveva richiesto un incremento di attività in considerazione delle criticità sulle liste d'attesa. L'aumento di attività realizzato non è però stato sufficiente a raggiungere pienamente l'obiettivo. Obiettivo sostanzialmente raggiunto. Punteggio scheda 93 (Valutazione effettuata con Direzione Generale).	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 98% PER IL P1 E AL 100% PER IL P2.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 552 di 614

Direttore: **SALVATICO MAURIZIO**

Struttura: **S.S. RISK MANAGEMENT**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.	Valutazione a cura della Direzione Generale.	70	0	100,00	100,00	DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)	VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 553 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

30 100

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 554 di 614

Direttore: SALVATICO MAURIZIO Temp.

Struttura: S.S.PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO CORRELATO ASSISTENZA

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 555 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

20	50
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza, nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 556 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione
b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, con riferimento alla parte di propria competenza.

Valutazione a cura della Direzione Generale.

50	0
----	---

100,00	100,00
--------	--------

DIREZIONE GENERALE (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 557 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

30 50

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 558 di 614

Direttore: **SAPINO ROBERTO**

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			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 559 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PAISA

a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PAISA
2023 e di programmazione
del PAISA 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRISA
2024;

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%):
a) Rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PAISA 2024.
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 rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PAISA 2024.
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 rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PAISA 2024.
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
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che il
Servizio, attraverso un processo
condiviso con le Strutture di
Sicurezza Alimentare del
Dipartimento di Prevenzione
nell'ambito del gruppo di progetto
Paisa, ha contribuito alla stesura
del documento di rendicontazione
"PAISA 2023" (prot. 29051 del
28/2/2024) e a quella del
documento di programmazione,
inoltrato entro i termini previsti dal
"Prisa 2024" (prot. 65329 del
14/5/2024). L'attività di controllo
ufficiale prevista per il Servizio è in
fase di attuazione con risultati in
linea a quanto atteso per il periodo.
Sono costantemente alimentate le
piattaforme informatiche nazionali
e regionali dedicate.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che:
a) Sono stati pienamente rispettati
gli indirizzi e le scadenze previste
per la redazione dei documenti di
rendicontazione PAISA relativi
all'anno 2023, nonché per la
programmazione PAISA per l'anno
2024.
La Programmazione PAISA 2024 è
stata oggetto di un'attenta
condivisione con le Strutture di
Sicurezza Alimentare del
Dipartimento di Prevenzione,
nell'ambito del gruppo di progetto
specificatamente individuato per

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 560 di 614

b) Attuazione di meno del 60% delle azioni programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura secondo quanto definito nel PAISA 2024. Mancato aggiornamento dei sistemi informativi e delle rendicontazioni entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.

tale scopo. Tale condivisione ha permesso di recepire in modo efficace le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione Piemonte attraverso il PRISA 2024, garantendo un allineamento strategico con gli obiettivi regionali.
b) L'attuazione delle attività

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 561 di 614

ATTUAZIONE E RISPETTO DEI
PROGRAMMI REGIONALI DI
PREVENZIONE - PLP

PIANO LOCALE DELLA
PREVENZIONE - PLP -
a) collaborazione nella
redazione dei documenti di
rendicontazione del PLP
2023 e di programmazione
del PLP 2024;
b) produzione dei contributi
richiesti ed attuazione delle
azioni di specifica
competenza, secondo
quanto indicato nella
programmazione PRP 2024.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): a) Rispetto degli indirizzi e
delle scadenze previste per la
redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione dell'80% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 70% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):a) Rispetto degli
indirizzi e delle scadenze previste per
la redazione dei documenti di
rendicontazione 2023 e di
programmazione 2024;
b) Attuazione del 60% delle azioni
programmate per il 2024 nell'area di
competenza della struttura secondo
quanto definito nel PRP 2024.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):a)
Mancato rispetto degli indirizzi e delle
scadenze previste per la redazione dei
documenti di rendicontazione 2023 e
di programmazione 2024;
b) Attuazione di meno del 60% delle
azioni programmate per il 2024
nell'area di competenza della struttura
secondo quanto definito nel PRP 2024.

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono 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 2023 (inviato in
Regione in data 29.02.2024 con
prot n 29599) ed alle attività di
formazione e lavori di gruppo per
la stesura del documento di
programmazione 2024 del Piano
Locale della Prevenzione (inviato in
regione in data 31/05/2024 con
prot. n 73305 e approvato con
determinazione del responsabile
del Dipartimento di prevenzione
n°1130 del 21/6/2024).
b) Il Dipartimento ha partecipato
alla formazione ed ai lavori di
gruppo richiesti per le attività di
rendicontazione e programmazione
e sta contribuendo all'attuazione
delle azioni di competenza previste
in relazione agli obiettivi e alle
azioni del Piano Locale. Il
monitoraggio, ad Agosto 2024,
evidenzia un andamento delle
attività compatibile con il
raggiungimento degli obiettivi
previsti a fine anno.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
a) La Struttura ha contribuito per
quanto di competenza ,nel rispetto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 562 di 614

degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione
b) La Struttura ha partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024 .

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 563 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

5

20

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 29/05/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95609 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 564 di 614

INTEGRAZIONE SERVIZI
VETERINARI

Attivazione/mantenimento
funzioni vicarianti del
personale veterinario
dirigente, convenzionato e
del personale del comparto.

Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Numero di interventi vicarianti
effettuati pari al 100% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Numero di
interventi vicarianti effettuati compreso
tra il 96% e il 99% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie;
Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Numero di interventi
vicarianti effettuati compreso tra il
60% e il 95% delle necessità
organizzative delle Aree Veterinarie
Obiettivo non raggiunto (<60%):
Numero di interventi vicarianti
effettuati inferiore al 60% delle
necessità organizzative delle Aree
Veterinarie

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che la
Struttura collabora attivamente con
le altre Strutture dipartimentali con
funzioni integrate/vicarianti, con
attività specifiche per i diversi ruoli.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che
il Personale della Struttura ha
svolto le attività integrate e
vicarianti secondo la pianificazione
prevista dalla programmazione del
PAISA 2024.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 565 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo 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 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce che
Obiettivo raggiunto per valutazione
complessiva a livello dipartimentale.
Si segnala incremento costi (da
tenere monitorato) per il seguente
articolo:
- GASOLIO PER AUTOTRAZIONE.
Obiettivo raggiunto.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che l'obiettivo è raggiunto
per valutazione complessiva
dipartimentale come da nota su
scheda risorse/attività.
Punteggio scheda 79,3: il
Dipartimento di Prevenzione è
valutato complessivamente. I costi
di questa struttura sono minimi e
fluttuazioni di spesa molto piccole
determinano scostamenti degli
indicatori molto importanti.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 566 di 614

Direttore: **SICILIANO GIOVANNI**

Struttura: **S.C. LUNGODEGENZA FOSSANO**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 567 di 614

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo 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 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nella valutazione sono
stati considerati seguenti fattori
secondo i quali è stato effettuato
un ricalcolo dell'indicatore:
- Sono stati ricalcolati i costi relativi
ai farmaci in quanto durante l'anno
è variata l'imputazione degli
scarichi dei medicinali afferenti
all'ATC L04A-Immunosoppressori
prescritti dal Dottor Piccolo
spostandone il costo dalla SSD
Medicina Specialistica
Ambulatoriale alla SC
Lungodegenza Fossano (lo stesso
ricalcolo è stato effettuato
manualmente sulla scheda della
SSD Medicina Specialistica
Ambulatoriale che resta comunque
ad una percentuale di
raggiungimento pari a 100%). In
sede di assegnazione del budget
questo dato non era previsto nella
valorizzazione della spesa.
- Nel periodo marzo-dicembre 2024
sono stati ricoverati 13 pazienti con
prevalente motivazione correlata
all'isolamento sociale difficilmente
dimissibili. Sono pertanto stati
scorporati dal conteggio della
degenza media 330 gg/deg non
attribuibili ad inefficienza del
reparto.
- E' stata ricalcolata l'attività

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 568 di 614

riabilitativa sui pazienti ricoverati in quanto è stato rilevato un errore di attribuzione delle prestazioni effettivamente erogate (flusso C4) a fronte di una pari casistica rispetto al 2023.

Punteggio scheda 99,4: sono stati riconteggiati i risultati degli indicatori in relazione a quanto inserito nella colonna I (le tabelle sono agli atti del CdG).

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 569 di 614

Direttore: SICILIANO GIOVANNI temp

Struttura: S.S.D. MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 99,55 % Media 2: 99,10 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 570 di 614

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
FARMACI BIOTECNOLOGICI
UTILIZZATI IN REUMATOLOGIA,
GASTROENTEROLOGIA E
DERMATOLOGIA

Sub 1) ATC L04AA -
Immunosoppressivi ad
azione diretta
ATC L04AB - Inibitori del
TNFalfa
ATC L04AC - Inibitori
dell'interleuchina:
% (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 a terapia con
farmaco biotecnologico
appartenente alle sopracitate
categorie terapeutiche.
[New: Data la complessità
dell'obiettivo, verranno
accettate come giustificativo
brevi ma esaustive relazioni
che motivino una scelta
terapeutica diversa].

Sub 2) 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%):
Sub 1): % pazienti $\geq 85\%$;
Sub 2): Un audit entro 30/06/2024
Un audit entro 31/12/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
($>95\%$ fino a $<100\%$):
Sub 1): % pazienti $\geq 80\%$;
Sub 2): - Un audit entro 30/06/2024
Un audit entro 31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
($>60\%$ fino 95%):
Sub 1): % pazienti $\geq 75\%$;
Sub 2): Un audit entro 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto ($<60\%$):
Sub 1): % pazienti $< 75\%$;
Sub 2): Nessun audit entro 31/12/2024

15	30
----	----

97,00	97,00
-------	-------

DIRETTORE SC
FARMACIA
OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con
mail del 13/08/2024 il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
riferisce che:
sub 1) Al 31/07/24 risultano alla
Farmacia 40 pazienti naive: di
questi, solo 27 hanno iniziato la
terapia con un inibitore del TNFalfa
(67,5%). I 13 casi che sono stati
avviati a diverso trattamento in
prima linea sono stati approfonditi
in sede di audit.
Sub 2) L'audit si è svolto entro le
tempistiche previste dall'obiettivo.
Sono stati discussi casi clinici
singoli ed è stato condiviso un
report di presentazione del costo
delle terapie farmacologiche, con
proiezione biennale, volte a
sensibilizzare i prescrittori a
considerare come la scelta
terapeutica di molecole con
medesime indicazioni sia
diversamente impattante dal punto
di vista economico.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
21/02/2025 il Direttore della
Farmacia Ospedaliera riferisce che:
sub 1)la percentuale rilevata a fine
2024 di pazienti naive (n.93 pz)
avviati a una prima linea di
trattamento con anti-TNF alfa si è
fermata al 61% (n.56 pz). L'utilizzo
di molecole diverse da quella
aggiudicata in gara a minor costo
rilevata nel 39% (n.37 pz) dei
pazienti che non avevano mai
ricevuto una terapia con farmaco
biologico, è stato giustificato come
richiesto dall'obiettivo nell'ambito
degli audit multidisciplinari, che
hanno evidenziato nella quasi
totalità dei casi quadri clinici
complessi fin dall'esordio, oppure
specifiche controindicazioni all'uso

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
97%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 571 di 614

dei biologici anti-TNFalfa. Nel 6% dei casi (n.2 pz) la relazione non è stata ritenuta esaustiva.

sub 2) Gli audit si sono svolti secondo le tempistiche previste dall'obiettivo. Si è registrata la partecipazione di tutti i clinici prescrittori coinvolti, a cui sono stati presentati gli aggiornamenti al report di presentazione dei costi delle terapie biologiche disponibili in gara SCR già presentato nel corso del primo semestre. Gli audit si sono ancora una volta confermati una valida occasione di incontro tra clinici e farmacisti per rivalutare complessivamente e in modo multidisciplinare il processo di prescrizione ed erogazione del farmaco nell'ottica di ottimizzare sia l'efficacia per il paziente che l'appropriatezza della prescrizione anche in termini di allocazione razionale delle risorse.

L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 572 di 614

ATTIVAZIONE AMBULATORIO
MULTISPECIALISTICO
ENDOCRINOLOGICO-
REUMATOLOGICO

Con riferimento alla
Reumatologia Ambulatoriale
Attività e gestione integrata
endocrinologica-
reumatologica delle malattie
endocrino-metaboliche,
autoimmuni e delle malattie
del metabolismo osseo con
l'attivazione di un
ambulatorio condiviso e
cogestito da Specialista
Endocrinologo e Specialista
Reumatologo che definirà un
percorso di salute, diagnosi
e cura del paziente con
comorbidità
endocrinologiche,
metaboliche e
reumatologiche

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Almeno 10 pazienti presi in
carico con avvio di terapie condivise,
razionalizzazione della diagnostica e
del percorso di follow-up entro
30/09/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Almeno 10
pazienti presi in carico con avvio di
terapie condivise , razionalizzazione
della diagnostica e del percorso di
follow-up entro 31/12/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Almeno 5 pazienti
presi in carico con avvio di terapie
condivise , razionalizzazione della
diagnostica e del percorso di follow-up
entro 31/12/2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata attivazione

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. MEDICO
SPECIALISTICO

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 02/08/2024 il Direttore Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da email del 14/7/24 del Direttore S.C. Diabetologia Territoriale, l'ambulatorio multidisciplinare endocrino - reumatologico è stato attivato a partire dal 17/04/2024 presso le sedi di Mondovì e Saluzzo. Alla data del 15/07 risultavano presi in carico n° 10 pazienti di cui 6 già valutati ed altri 4 in attesa di valutazione (programmata entro fine luglio).

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 19/02/2025 il Direttore del Dipartimento Medico Specialistico riferisce che come da mail del 05/02/2025 del Direttore SC Diabetologia Territoriale, l'Ambulatorio multidisciplinare endocrino/reumatologico è stato attivato il 17/04/2024 presso le sedi di Saluzzo e Mondovì (come da verifica infrannuale) e al 31/12/2024 sono stati presi in carico e valutati 15 pazienti. Con mail del 7/02/2025 il Direttore SC Diabetologia Territoriale specifica che dopo verifica con il Controllo di Gestione è emerso che i pazienti presi in carico sono 7 sul Presidio Ospedaliero di Mondovì e 16 sul Presidio Ospedaliero di Saluzzo per un totale di 23 pazienti per l'anno 2024.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 573 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 574 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10 10

100,00 100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta.
Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 06/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95613 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster.
Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta.
Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente.
Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura.
L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 575 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture da coinvolgere (almeno una per dipartimento).
Analisi delle richieste, 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	25
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 05/09/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche riferisce che la Struttura collabora all'attività di analisi, individuazione criticità e tenuta rapporti con gli specialisti ambulatoriali (SAI). Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che nei quattro Distretti Asl sono stati effettuati incontri con medici specialisti e medici di medicina generale in merito alle maggiori criticità in tema di appropriatezza prescrittiva durante i quali sono state analizzate le prestazioni segnalate dalle strutture individuate e dalle direzioni sanitarie. Tali incontri sono stati verbalizzati nelle riunioni UMAD ed i verbali sono agli atti dei singoli Distretti.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

20	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITA'
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
Punteggio scheda 100,9.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 576 di 614

Direttore: TAVERA SILVIA

Struttura: S.S. MEDICINA TRASFUSIONALE ASL CN1

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): Media 1: 100,00 % Media 2: 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 577 di 614

ATTIVITA' DI PROCUREMENT DI
 TESSUTO MUSCOLO
 SCHELETRICO DA DONATORE
 VIVENTE

Attività di selezione del
 donatore vivente, prelievo di
 tessuto muscolo scheletrico
 (epifisi femorale) ed invio alla
 Banca dei Tessuti della
 Regione Piemonte e della
 Valle d'Aosta del Presidio
 Ospedaliero CTO-AOU Città
 della Salute e della Scienza
 di Torino.

- Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%): invio alla Banca dei Tessuti n.
 epifisi femorali > 20 entro il
 31/12/2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%):invio alla Banca
 dei Tessuti > 15 epifisi femorali entro
 il 31/12/2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%):invio alla Banca dei
 Tessuti > 10 epifisi femorali entro il
 31/12/2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):invio
 alla Banca dei Tessuti < 10 epifisi
 femorali entro il 31/12/2024.

15	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
 SS MEDICINA
 TRASFUSIONAL
 E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con
 mail del 08/08/2024 la
 Responsabile della SS Medicina
 Trasfusionale riferisce che alla
 verifica infrannuale effettuata al
 30/06/2024 l'obiettivo è da
 considerarsi pienamente raggiunto;
 di seguito la rendicontazione delle
 attività svolte:
 - organizzato in data 23/04/24
 corso di formazione per il
 personale coinvolto nell'attività di
 procurement con la partecipazione
 dei responsabili della banca di
 Torino;
 - effettuate 91 visite di valutazione
 del donatore di tessuto muscolo-
 scheletrico;
 - effettuato prelievo ed invio di 39
 epifisi femorali alla banca dei
 tessuti
 A disposizione attestati di
 partecipazione al corso e file con
 la registrazione dell'attività svolta.

L'O.I.V. PRENDE
 ATTO DELLA
 MISURAZIONE E
 DEL GIUDIZIO DEL
 RELAZIONANTE,
 LO CONDIVIDE E
 NE CONFERMA IL
 RISULTATO
 VALUTANDO
 L'OBIETTIVO
 RAGGIUNTO AL
 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
 13/12/2024 la Responsabile della
 SS Medicina Trasfusionale riferisce
 che alla verifica finale effettuata al
 10/12/2024 l'obiettivo è da
 considerarsi pienamente raggiunto;
 di seguito la rendicontazione delle
 attività svolte:
 - organizzato in data 23/04/24
 corso di formazione per il
 personale coinvolto nell'attività di
 procurement con la partecipazione
 dei responsabili della banca di
 Torino;
 - effettuate 160 visite di
 valutazione del donatore di tessuto
 muscolo-scheletrico;
 - effettuato prelievo ed invio di 68
 epifisi femorali alla banca dei
 tessuti.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 578 di 614

ATTUAZIONE PDTA PAZIENTE
CON POLIGLOBULIA SECONDARIA

Stesura ed applicazione
PDTA interaziendale in
collaborazione con la SC
Immunoematologia e
Medicina Trasfusionale AO
S. Croce per la gestione del
paziente con poliglobulia
secondaria.

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Stesura del PDTA entro il
30/06/2024 ed inizio arruolamento
pazienti entro il 30/09/2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):Stesura del
PDTA entro il 30/09/2024 ed inizio
arruolamento entro il 31/10/2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):Stesura del PDTA
entro il 31/10/2024 ed inizio
arruolamento entro il 30/11/2024
-Obiettivo non raggiunto
(<60%): Mancata stesura ed
applicazione del PDTA entro il
31/12/2024.

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS MEDICINA
TRASFUSIONAL
E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 la
Responsabile della SS Medicina
Trasfusionale riferisce che Alla
verifica infrannuale effettuata al
30/08/2024 l'obiettivo è da
considerarsi pienamente raggiunto;
di seguito la rendicontazione delle
attività svolte:
- costituzione gruppo lavoro nel
mese di maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro nei
mesi di giugno e luglio 2024;
- stesura del PDTA conclusa al
30/06/2024;
- verifica e approvazione del
protocollo in corso;
- emissione definitiva prevista al
30/09/2024.
A disposizione verbali di riunione e
documento: "PDTA interaziendale:
La gestione del paziente affetto da
eritrocitosi/poliglobulia non
primitiva".

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
13/12/2024 la Responsabile della
SS Medicina Trasfusionale riferisce
che alla verifica finale effettuata al
10/12/2024 l'obiettivo è da
considerarsi pienamente raggiunto;
di seguito la rendicontazione delle
attività svolte:
- costituzione gruppo lavoro nel
mese di maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro nei
mesi di giugno e luglio 2024;
- stesura del PDTA conclusa al
30/06/2024;
- verifica e approvazione del
protocollo 07/08/2024;
- emissione definitiva con inizio
arruolamento pazienti al
23/09/2024.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 579 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.

30	45
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITÀ STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 95,6.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 580 di 614

PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Ottimizzazione del Progetto di Patient Blood Management con valutazione e correzione dell'anemia e/o del deficit marziale pre-operatorio per il paziente candidato ad interventi chirurgici ed urologici con previsione di necessità trasfusionale.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Stesura del progetto entro il 30/06/2024 ed inizio arruolamento pazienti entro il 30/09/2024
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Stesura del progetto entro il 30/09/2024 ed inizio arruolamento entro il 31/10/2024
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Stesura del progetto entro il 31/10/2024 ed inizio arruolamento entro il 30/11/2024
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata stesura ed applicazione del progetto entro il 31/12/2024.

15

25

100,00

100,00

RESPONSABILE
SS MEDICINA
TRASFUSIONAL
E ASL CN1

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica infrannuale effettuata al 30/08/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;
- pubblicazione sull'Intranet aziendale ed inizio arruolamento pazienti a luglio 2024.
A disposizione verbali di riunioni e documento "DOCsimt511: Protocollo Operativo di Patient Blood Management" Rev. 2 di Giugno 2024.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 13/12/2024 la Responsabile della SS Medicina Trasfusionale riferisce che alla verifica finale effettuata al 10/12/2024 l'obiettivo è da considerarsi pienamente raggiunto:
- costituzione del gruppo di lavoro con specialisti delle due sedi di Savigliano e Mondovì (Urologia, Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Anestesia) nei mesi di aprile e maggio 2024;
- riunioni del gruppo di lavoro per la stesura, verifica e approvazione del protocollo nei mesi di maggio e giugno 2024;
- emissione del protocollo al 30/06/2024;

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 581 di 614

- pubblicazione sull'Intranet
aziendale ed inizio arruolamento
pazienti a luglio 2024.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 582 di 614

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	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 583 di 614

AUDIT FINALIZZATO ALLA
VERIFICA DELL'EFFETTIVA
ATTUAZIONE DELLA MAPPATURA
DEI PROCESSI/SOTTO-PROCESSI
IN AMBITO DI PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE O MALA
AMMINISTRAZIONE

Collaborazione all'Audit
finalizzata a valutare
l'effettiva attuazione di un
processo di competenza ed
eventuali adeguamenti

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Partecipazione all'Audit ed
eventuale adeguamento alle
raccomandazioni prescritte
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Collaborazione
durante l'Audit, ma incompleto
adeguamento alle raccomandazioni
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Collaborazione
durante l'Audit, ma mancato
adeguamento alle raccomandazioni
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata partecipazione all'Audit

5

15

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 il Direttore
della SC Affari Generali e controlli
interni riferisce che come emerge
dal Verbale di sopralluogo e
relativa Check-List di Controllo del
20/06/2024, acquisito al Prot. n.
83927, la Direzione Sanitaria
Ospedaliera di Savigliano ha
pienamente collaborato con
l'Ufficio Ispettivo alla Verifica
dell'effettiva attuazione dei processi
relativi alla "Attività conseguenti al
DECESSO in ambito ospedaliero"
e "Vestizione delle salme in caso di
DECESSO nelle Strutture dell'ASL
CN1".
Pertanto, al 30/06/2024, il Servizio
appare in linea con il
raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
16/01/2025 il Direttore della S.C.
Affari Generali e Controlli Interni
riferisce che come emerge dal
Verbale di sopralluogo e relativa
Check-List di Controllo del
20/06/2024, acquisito al Prot. n.
83927, la Direzione Sanitaria
Ospedaliera di Savigliano ha
pienamente collaborato con
l'Ufficio Ispettivo alla Verifica
dell'effettiva attuazione dei processi
relativi alla "Attività conseguenti al
DECESSO in ambito ospedaliero"
e "Vestizione delle salme in caso di
DECESSO nelle Strutture dell'ASL
CN1".
L'obiettivo risulta, pertanto,
pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 584 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 585 di 614

FASCICOLAZIONE DOCUMENTI
INFORMATICI SU GISMASTER

Predisposizione di un piano di fascicolazione, con il supporto della SC Affari Generali e C. I., per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Fascicolazione dei documenti almeno al 75% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Fascicolazione dei documenti almeno al 60% entro il 31 dicembre 2024
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Fascicolazione dei documenti inferiore al 60% entro il 31 dicembre 2024

10	10
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con mail del 08/08/2024 il Direttore della SC Affari Generali e controlli interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne faccia richiesta. Non si sono evidenziate particolari criticità, per cui al 30/06/2023 il Servizio appare in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 16/01/2025 il Direttore della S.C. Affari Generali e Controlli Interni riferisce che in data 04/06/2024 si è tenuto un incontro, di cui è stato redatto verbale acquisito al protocollo aziendale al n. 95610 del 17/07/2024, per valutare l'organizzazione della fascicolazione sull'applicativo GisMaster. Sono state raccolte le segnalazioni e si è data la disponibilità a collaborare con chi ne facesse richiesta. Il Servizio ha quindi provveduto a strutturare la fascicolazione secondo le proprie esigenze, come da verifica effettuata dalla Struttura scrivente. Al 31/12/2024, è stato fascicolato oltre il 90% dei documenti di pertinenza della Struttura. L'obiettivo si può, pertanto, considerare pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 586 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP: Monitoraggio obiettivo con il supporto della SS Informatica e Telecomunicazioni

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Relazione sull'andamento dell'obiettivo
 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata relazione sull'andamento dell'obiettivo

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che la Struttura ha trasmesso la relazione sull'andamento degli obiettivi.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 587 di 614

pienamente raggiunto per tutte le
Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 588 di 614

GREEN OPERATING ROOM

a) Coordinamento nell'ottimizzazione della raccolta rifiuti in Sala Operatoria.
b) Identificazione di procedure virtuose da applicare al Blocco Operatorio all'interno del Green Team e creazione corsi di formazione per il personale di Sala Operatoria.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine giugno ed esecuzione di almeno 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine [OLD ottobre] novembre.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine settembre ed esecuzione di < 3 riunioni del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano e Mondovì entro fine dicembre.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
a) Creazione del Green Team multispecialistico entro fine dicembre ed esecuzione di 1 riunione del suddetto entro fine dicembre;
b) Formazione del personale sul corretto smaltimento rifiuti per il personale del Blocco Operatorio di Savigliano entro fine dicembre.
- Obiettivo non raggiunto (<60%):
a) Mancata creazione del Green Team multispecialistico;
b) Mancata formazione del personale del blocco operatorio.

10	15
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIREZIONI
SANITARIE
SAVIGLIANO -
MONDOVI'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 21/08/2024, il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce che il Green Team nasce nel 2023 su iniziativa della Chirurgia Generale di Savigliano che, in occasione di una tesi di Specializzazione ed in collaborazione con la AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, riunisce un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di operatori del Blocco Operatorio di Savigliano, insieme con la Direzione Sanitaria di Presidio di Savigliano come responsabile del Blocco Operatorio. Dato il buon esito del confronto sulle buone pratiche per l'ottimizzazione della raccolta dei rifiuti in Sala Operatoria nelle varie riunioni del Green Team di Savigliano, si propone di coinvolgere il Dipartimento Chirurgico ai fini di condividere e diffondere le buone pratiche ai Blocchi Operatori di tutti i PP.OO. dell'ASLCN1, rendendo uniformi i comportamenti a livello Aziendale. Nella prima riunione del 03/04/2024 è stato presentato il progetto "Green Operating Room", illustrandone gli obiettivi e sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di aderire a buone pratiche di ottimizzazione dei rifiuti nei Blocchi Operatori. Nella riunione del 13/06/2024 si è provveduto ad ufficializzare la creazione del Green Team multispecialistico dell'ASLCN1 che include le Direzioni Sanitarie di Savigliano e Mondovì, i medici delle varie specialità chirurgiche afferenti ai blocchi operatori di Savigliano, Mondovì, Saluzzo e

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 589 di 614

Ceva, il Coordinatore Infermieristico Dipsa del Dipartimento Chirurgico, i Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori ed alcuni infermieri che vi lavorano. Inoltre, nella stessa riunione, sono stati programmati gli interventi formativi previsti per il mese di novembre 2024, in concomitanza con la settimana europea per la riduzione dei rifiuti, per aumentare la consapevolezza dell'importanza della tematica. E' prevista una successiva riunione conclusiva. L'obiettivo risulta al momento pienamente raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 20/12/2024 il Direttore S.C. Direzione Sanitaria Savigliano riferisce:

Creazione del Green Team multispecialistico in data 13/06/2024 ed effettuazione di n. 3 riunioni in data:
- 03/04/2024
- 13/06/2024
- 03/12/2024.

La Formazione del personale è stata effettuata nelle giornate del 18 e 20 novembre 2024.

L'obiettivo è stato pienamente raggiunto

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 590 di 614

INTERVENTI VOLTI AL
MIGLIORAMENTO
DELL'APPROPRIATEZZA
PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E
PROTESICA

Individuazione delle strutture
da coinvolgere (almeno una
per dipartimento).
Analisi delle richieste,
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 05/09/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi Informativi e
Attività strategiche riferisce che la
Struttura collabora all'attività di
analisi, individuazione criticità e
tenuta rapporti con gli specialisti
interni. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che nei quattro Distretti
Asl sono stati effettuati incontri con
medici specialisti e medici di
medicina generale in merito alle
maggiori criticità in tema di
appropriatezza prescrittiva durante
i quali sono state analizzate le
prestazioni segnalate dalle
strutture individuate e dalle
direzioni sanitarie. Tali incontri
sono stati verbalizzati nelle riunioni
UMAD ed i verbali sono agli atti dei
singoli Distretti.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo 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 31/08/2024 la
Responsabile della S.S. Controllo
di Gestione, Flussi informativi e
Attività Strategiche riferisce il
rispetto dei target inseriti sulla
scheda Risorse/Attività. Obiettivo
raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del
10.03.2025 la Responsabile della
S.S. Controllo di Gestione, Flussi
informativi e Attività Strategiche
riferisce che sono stati rispettati gli
standard.
Punteggio scheda 110,8.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 591 di 614

PROGETTO CONSERVAZIONE CHIAVI IN PORTINERIA SU TUTTI I PP.OO	Creare, in ognuno dei 5 Presidi Ospedalieri (Savigliano, Saluzzo, Fossano, Mondovì e Ceva) un punto unico di raccolta e stoccaggio delle chiavi presso il locale portineria affinché si possa accedere in caso di emergenza (allarme incendio – emergenze strutturali/funzionali) in tutti locali.	-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Creazione punto di raccolta su tutti e 5 i PP.OO -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Creazione punto raccolta in 3 PP.OO -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Creazione punto di raccolta in 2 PP.OO -Obiettivo non raggiunto (<60%): Mancata creazione punti raccolta	5	10	100,00	100,00	DIRETTORE SC LOGISTICA E DAPO	VERIFICA INFRANNUALE: Con Prot. 113850 del 30/08/2024 il Direttore Sostituto della DAPO riferisce che la Direzione Sanitaria di Presidio Savigliano ha inviato nota ai reparti/servizi per richiedere la consegna della copia delle chiavi. VERIFICA ANNUALE: con mail del 27/02/2025 il Direttore Sostituto della S.C. Logistica e DAPO riferisce che la S.C. Direzione Sanitaria di Savigliano ha collaborato al raggiungimento dell'obiettivo.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
--	---	--	---	----	--------	--------	-------------------------------------	--	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 592 di 614

Direttore: **TESIO SANDRA**

Struttura: **S.S.D. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pes:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 593 di 614

AUDIT FINALIZZATO ALLA
VERIFICA DELL'EFFETTIVA
ATTUAZIONE DELLA MAPPATURA
DEI PROCESSI/SOTTO-PROCESSI
IN AMBITO DI PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE O MALA
AMMINISTRAZIONE

Collaborazione all'Audit
finalizzata a valutare
l'effettiva attuazione di un
processo di competenza ed
eventuali adeguamenti

-Obiettivo pienamente raggiunto
(100%): Partecipazione all'Audit ed
eventuale adeguamento alle
raccomandazioni prescritte
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%): Collaborazione
durante l'Audit, ma incompleto
adeguamento alle raccomandazioni
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%): Collaborazione
durante l'Audit, ma mancato
adeguamento alle raccomandazioni
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancata partecipazione all'Audit

10

15

100,00

100,00

DIRETTORE SC
AFFARI
GENERALI E
CONTROLLI
INTERNI

VERIFICA INFRANNUALE: Con
mail del 08/08/2024 il Direttore
della SC Affari Generali e controlli
interni riferisce che la procedura
per la Verifica/Audit con la
collaborazione del Dipartimento di
Prevenzione/Direzione Amm.va
della Prevenzione è in fase di
programmazione e nel mese di
maggio si è concordato che verterà
sull'effettiva attuazione dell'
"Attività di controllo ufficiale nelle
materie di competenza Servizio
Veterinario Igiene degli alimenti di
origine animale - Area B".
Pertanto, al 30/06/2024, il Servizio
appare in linea con il
raggiungimento dell'obiettivo.

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

VERIFICA ANNUALE: con mail del
16/01/2025 il Direttore della S.C.
Affari Generali e Controlli Interni
riferisce che la procedura per la
Verifica/Audit con la collaborazione
del Dipartimento di
Prevenzione/Direzione Amm.va
della Prevenzione , relativa alla
"Attività di controllo ufficiale nelle
materie di competenza Servizio
Veterinario Igiene degli alimenti di
origine animale - Area B", è stata
effettuata in data 12/11/2024,
come risulta dal Verbale/Check List
acquisito al protocollo aziendale al
n. 148628 di pari data.
L'obiettivo risulta, pertanto,
pienamente raggiunto.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 594 di 614

BACK OFFICE AMMINISTRATIVO
 DI SICUREZZA ALIMENTARE -
 MODELLO ORGANIZZATIVO
 INTEGRATO

L'obiettivo rappresenta un ulteriore step all'interno del più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione (Strutture Veterinarie e Sian). Nel corso del 2024, individuata una figura di coordinamento diretto, saranno riviste e ridistribuite le competenze del personale della sede di Saluzzo, individuando un modello organizzativo da estendere successivamente alle altre sedi territoriali

Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
 a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Applicazione operativa del modello sulle attività di tutte le Aree - sede di Saluzzo
 Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
 a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 2 Aree - sede di Saluzzo
 Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
 a. Definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Applicazione operativa del modello sulle attività relative ad almeno 1 Area - sede di Saluzzo
 Obiettivo non raggiunto (<60%):
 a. Mancata definizione di un modello organizzativo integrato delle attività di back office amministrativo delle Strutture Veterinarie e Sian
 b. Mancata applicazione operativa del modello sulle attività - sede di Saluzzo

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
 DIP. DI
 PREVENZIONE/
 RESP. SSD
 DIR. AMM.VA
 DELLA
 PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 112599 del 28/08/2024 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della Prevenzione riferiscono che l'attività di back office sulla sede di Saluzzo è stata riorganizzata, attraverso l'individuazione di un modello con revisione dei carichi di lavoro e delle competenze. La Struttura svolge funzioni di facilitatore per la nuova organizzazione integrata. L'obiettivo risulta in linea con quanto programmato.

VERIFICA ANNUALE: Con nota Prot. 24957 del 24/02/2025 il Direttore Dipartimento di Prevenzione e la Responsabile SSD Direzione Amministrativa della prevenzione riferiscono che la struttura ha coordinato e monitorato l'obiettivo: è stato definito un modello organizzativo di back office amministrativo di Sicurezza Alimentare unico ed integrato. E' stata individuata una figura di coordinamento e riferimento di ambito territoriale, sono stati rivisti i carichi di lavoro e le competenze.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 595 di 614

BUDGET TRASVERSALE E
COMPLIANCE

Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance
a) Rispetto della dotazione di budget Conto/Servizio a livello di singolo conto di spesa.
b) Effettuazione di riunioni periodiche (con cadenza minima bimestrale) 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) 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) 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) 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 partecipazione alle riunioni e mancato rispetto delle indicazioni date.

15 25

100,00 100,00

DIRETTORE SC
BILANCIO E
CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Rispetto della dotazione di conto/servizio assegnata, considerati anche eventuali incrementi assegnati dalla Direzione Aziendale per costi che non erano ricompresi nella dotazione iniziale (su base storica). Situazioni di Macro Area e confronto su andamento dei costi \ rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso, informazioni pervenute regolarmente.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato. 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 confronto su andamento costi\rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso. Completezza delle registrazioni inserite. Obiettivo raggiunto.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 596 di 614

CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO

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 e contrattuali.

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Corretta valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):
Caricamento corretto dei costi certi e presunti. Parziale autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini.
Parziale valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
Mancato caricamento corretto dei costi certi e presunti in misura attendibile. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini che maturi significativi ritardi su una parte considerevole dei documenti passivi.
Mancata valorizzazione delle giustificazioni delle "sospensioni" dei termini di pagamento (es. DURC irregolare\mancante, collaudo).

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC BILANCIO E CONTABILITA'

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 26/08/2024 il Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità riferisce che l'obiettivo è pienamente raggiunto. Corretto caricamento dei costi certi e presunti. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini. Eventuali giustificazioni caricate a sistema.

VERIFICA ANNUALE: con mail del 28/02/2025 il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità riferisce: corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 597 di 614

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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 598 di 614

PROGETTO PILOTA PER LA
DEMATERIALIZZAZIONE DEI
CONTROLLI UFFICIALI (CU)
SVOLTI DAI SERVIZI DI
SICUREZZA ALIMENTARE

Progetto pilota per la
dematerializzazione dei
controlli ufficiali (CU)
a)Predisposizione in
GISMASTER di un template
di verbale editabile per
l'esecuzione delle attività di
CU (ex art. 13 reg. UE
625/17), creazione di cartella
condivisa per archiviazione e
definizione di sistema di invio
via PEC del verbale all'OSA
b)configurazione/acquisto di
materiale informatico per
l'apposizione di firma
grafometrica e per la
connessione (software, PC,
tablet ecc..)
c)Sperimentazione operativa

- Obiettivo pienamente raggiunto
(100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 20 verbali.
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto
(>95% fino a <100%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 10 verbali.
-Obiettivo parzialmente raggiunto
(>60% fino 95%):
a.Predisposizione in GISMASTER di
un template di verbale editabile,
cartella condivisa e sistema di invio
via PEC
b.Configurazione/acquisto di un
supporto in informatico per struttura
c.Sperimentazione operativa effettuata
da tutte le strutture per un totale
complessivo di almeno 4 verbali.
-Obiettivo non raggiunto (<60%):
a.Incompleta predisposizione in
GISMASTER di un template di verbale
editabile, cartella condivisa e sistema
di invio via PEC
b.Incompleta configurazione/acquisto
di un supporto in informatico per
struttura
c.Mancata sperimentazione operativa.

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE
DIP. DI
PREVENZIONE/
RESP. SSD
DIR. AMM.VA
DELLA
PREVENZIONE

VERIFICA INFRANNUALE: con
nota prot. 112599 del 28/08/2024 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della Prevenzione riferiscono che
sono state fatte diverse riunioni,
con le Strutture dipartimentali
interessate e con il servizio
informatico per definire l'operatività
del progetto. E' stato predisposto
un primo modello di template
editabile.
Le procedure operative saranno
meglio definite dopo aver acquisito
hardware e software dedicati,
attraverso un finanziamento ad hoc
(l'accordo relativo all'utilizzo di tali
fondi è stato firmato nel mese in
corso, agosto 2024). L'obiettivo è
in corso di realizzazione.

VERIFICA ANNUALE: Con nota
Prot. 24957 del 24/02/2025 il
Direttore Dipartimento di
Prevenzione e la Responsabile
SSD Direzione Amministrativa
della prevenzione riferiscono che il
progetto, coordinato dalla SSD
Direzione Amministrativa della
Prevenzione, si è articolato in
diverse fasi, con i seguenti risultati:
Il progetto si è articolato in diverse
fasi, con i seguenti risultati:
a) è stato predisposto un template
di verbale ex art.13 reg.UE 625/17,
in formato editabile, sono stati
analizzati gli aspetti giuridici
dell'apposizione delle firme grafica
e digitale, sono stati realizzati
automatismi di inserimento del
verbale in Gismaster e relativa
classificazione e fascicolazione
b) il materiale (laptop) è stato
acquistato con fondi PNC dedicati

L'O.I.V. PRENDE
ATTO DELLA
MISURAZIONE E
DEL GIUDIZIO DEL
RELAZIONANTE,
LO CONDIVIDE E
NE CONFERMA IL
RISULTATO
VALUTANDO
L'OBIETTIVO
RAGGIUNTO AL
100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 599 di 614

Direttore: **TORTORE ANDREA**

Struttura: **S.C. MEDICINA D'URGENZA MONDOVI'**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 600 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari VP.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei VP
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale >80% fino a 85% dei VP
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale > 75% fino a 80% dei VP
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < o uguale a 75% dei VP

15	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio). VPS complessivo di tutte le aree: Ceva 85,66, Mondovì 93,13%, totale 91,56%. Conteggio della sola attività erogata presso sede centrale: Ceva 85,66, Mondovì 94,15. (Conteggio dei soli accessi ssu, escluso i solventi). LDO: 90,00%. (Sono esclusi i deceduti).

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 601 di 614

puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

MONITORAGGIO DELLA 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.

-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
-Obiettivo non raggiunto ($<60\%$): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60 .

20	20
----	----

100,00	100,00
--------	--------

RESPONSABILE
SS
CONTROLLO DI
GESTIONE,
FLUSSI
INFORMATIVI E
ATTIVITÀ
STRATEGICHE

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard.
Punteggio scheda 95,7.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 602 di 614

REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO

Revisione PEIMAF (piano di emergenza interno per massiccio afflusso di feriti) ospedali di Mondovì (e Ceva)

-Obiettivo pienamente raggiunto (100%): PEIMAF MONDOVI E CEVA revisionati entro il 15 novembre 2024
-Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): PEIMAF MONDOVI E CEVA revisionati entro il 30 novembre 2024
-Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): PEIMAF MONDOVI E CEVA revisionati entro il 31 dicembre 2024
-Obiettivo non raggiunto (<60%): mancata revisione dei PEIMAF MONDOVI E CEVA al 31 dicembre 2024

15

30

100,00

100,00

DIRETTORE DIP. EMERGENZA URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con nota prot. 108192 del 16/08/2024 il Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza riferisce che il Dott. Tortore con mail del 26.7.24 ha comunicato che la bozza avanzata del PEIMAF è stata redatta collegialmente con la DS, Rianimazione, Dipsa di Mondovì. Successivamente sono stati concordati i punti comuni e le collaborazioni con il Direttore del DEA di Savigliano e sono in corso incontri tra i Direttori dei due DEA per uniformare le parti comuni nella stesura definitiva. E' previsto un incontro collegiale a inizio ottobre per la chiusura del protocollo.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot. 25669 del 24/02/2025 il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza riferisce che I PEIMAF sono stati tutti revisionati al 31 dicembre 2024, ma necessitano di ulteriori valutazioni alla luce delle modifiche intervenute in termini di personale medico, dipartimentale (direttori) e per il coinvolgimento delle Cooperative.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 603 di 614

STESURA PROCEDURE IN
 AMBITO DEU

a)Stesura procedura
 attivazione di percorsi
 gestionali volti alla presa in
 carico anticipata, in funzione
 della sintomatologia/
 condizione clinica del
 paziente, in fase di triage
 b)Stesura procedura
 "Allontanamento volontario
 del paziente dal PS"

Obiettivo pienamente raggiunto
 (100%):
 a)stesura procedura ed attivazione
 percorso entro il 30 novembre 2024
 b)stesura procedura entro il 31 ottobre
 2024

Obiettivo sostanzialmente raggiunto
 (>95% fino a <100%):
 a)stesura procedura ed attivazione
 percorso entro il 31 dicembre 2024
 b)stesura procedura entro il 15
 novembre 2024

Obiettivo parzialmente raggiunto
 (>60% fino 95%):
 a)stesura procedura entro il 31
 dicembre 2024 ma mancata
 attivazione del percorso al 31
 dicembre 2024
 b)stesura procedura entro il 30
 novembre 2024

Obiettivo non raggiunto (<60%):
 a)stesura procedura non ultimata al 31
 dicembre 2024
 b)mancata stesura procedura al 31
 dicembre 2024

20 30

100,00 100,00

DIRETTORE
 DIP.
 EMERGENZA
 URGENZA

VERIFICA INFRANNUALE: con
 nota prot. 108192 del 16/08/2024 il
 Direttore Dipartimento Emergenza
 Urgenza riferisce cheil Dott.
 Tortore con mail del 26/07/2024 ha
 comunicato:
 - PROTOCOLLI PRESA IN
 CARICO ANTICIPATA: La
 procedura è in stato di avanzata
 stesura, l'obiettivo è di terminare a
 Ottobre e di presentarlo al
 personale nel mese di Novembre.
 Le flow chart sono state create e
 discusse collegialmente tra direttori
 e coordinatori DEA ASL CN1.
 - ALLONTANAMENTO
 VOLONTARIO: la bozza della
 procedura è in fase avanzata, già
 inviata a valutazione definitiva del
 Direttore e Coordinatore DEU e
 condivisa con il Direttore DEA di
 Savigliano.

VERIFICA ANNUALE: Con Prot.
 25669 del 24/02/2025 il Direttore
 del Dipartimento di Emergenza
 Urgenza riferisce che la procedura
 è stata trasmessa alla Qualità ed è
 stata pubblicata sulla intranet
 aziendale (PSDEUR205
 GESTIONE ALLONTAMENTO
 VOLONTARIO DEL PAZIENTE
 DAL PS).- La stesura della
 Procedura di Presa in Carico
 Anticipata (PPCA) è stata ultimata
 a novembre; si sta procedendo al
 training del personale per la messa
 in uso.

L'O.I.V. PRENDE
 ATTO DELLA
 MISURAZIONE E
 DEL GIUDIZIO DEL
 RELAZIONANTE,
 LO CONDIVIDE E
 NE CONFERMA IL
 RISULTATO
 VALUTANDO
 L'OBIETTIVO
 RAGGIUNTO AL
 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 604 di 614

Direttore: **VIVALDO ADALBERTO**

Struttura: **S.C. MEDICINA INTERNA CEVA**

Totale Raggiungimento Scheda (Media Pesata): **Media 1:** 100,00 % **Media 2:** 100,00 %

Obiettivo	Indicatori	Standard	% Pesi		% Ragg.		Relazionante	Note Relazionante	Note OIV
			P1	P2	R1	R2			
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 605 di 614

FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE	Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari relativi ai referti ambulatoriali con utilizzo procedura informatica OPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale di almeno il 85% dei referti - Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Firma digitale compresa tra il 65% e l'84% dei referti - Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Firma digitale compresa tra il 60% e il 64% dei referti - Obiettivo non raggiunto (<60%): Firma digitale < al 60% dei referti 	15	25	100,00	100,00	<p>S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì</p> <p>VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 10,67%.</p> <p>VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno).</p> <p>L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.</p> <p>Pertanto, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.</p> <p>Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione</p>	<p>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</p>
------------------------------	---	--	----	----	--------	--------	---	---

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 606 di 614

Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesì:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 607 di 614

FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LDO e VP (per quanto riguarda le LDO la firma digitale deve essere apposta dopo la chiusura della Cartella Clinica Amministrativa).

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale >80% fino a 85% dei LDO e VP
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 75% fino a 80% dei LDO e VP
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 75% dei LDO e VP

15	25
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE: Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Opera del mese di luglio (in quanto su Paddi non esiste il dettaglio per reparto) è pari al 91,30%. (Sono esclusi i deceduti).

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 608 di 614

				considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.	
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<div>25</div> <div>25</div>	<div>100,00</div> <div>100,00</div>	<div>RESPONSABILE SS</div> <div>CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE</div> <div>VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto.</div> <div>VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 104,9.</div> <div>L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.</div>

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 609 di 614

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.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Due audit entro il 30/06/2024 e il 31/12/2024 con partecipazione di più di uno specialista delle Strutture coinvolte.
- Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%): Un audit entro 30/06/2024 con partecipazione di più di uno specialista delle Strutture coinvolte.
- Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%): Un audit entro 31/12/2024 con partecipazione di almeno uno specialista per Struttura.
- Obiettivo non raggiunto (<60%): Nessun audit entro 31/12/2024.

15	25
----	----

100,00	100,00
--------	--------

DIRETTORE SC
 FARMACIA
 OSPEDALIERA

VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 13/08/2024 il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera riferisce che è stato eseguito il primo audit entro il 30/06/2024 con partecipazione del Direttore di Medicina Interna e dei due clinici che si occupano degli ambulatori di pneumologia e allergologia dell'Ospedale di Ceva

VERIFICA ANNUALE: Con mail del 21/02/2025 il Direttore della Farmacia Ospedaliera riferisce che entrambi gli audit sono stati organizzati e svolti entro le tempistiche previste dall'obiettivo. Gli audit si sono ancora una volta confermati una valida occasione di incontro tra clinici e farmacisti per rivalutare complessivamente e in modo multidisciplinare il processo di prescrizione ed erogazione del farmaco nell'ottica di ottimizzare sia l'efficacia per il paziente che l'appropriatezza della prescrizione anche in termini di allocazione razionale delle risorse. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto.

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 610 di 614

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	% 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 611 di 614

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	% 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 2024, 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. 27792 del 28/02/2025 il Direttore Generale riferisce che tutte le Strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale, per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 612 di 614

FIRMA DIGITALE_SERVIZI

Con riferimento alle specifiche nazionali FSE 2.0, massimizzare l'utilizzo da parte degli operatori sanitari della firma digitale (PADES) per i documenti clinico-sanitari LIS, RIS, AP.

- Obiettivo pienamente raggiunto (100%): Firma digitale > 95% =100% dei referti
 -Obiettivo sostanzialmente raggiunto (>95% fino a <100%):Firma digitale > 90% fino a 95% dei referti
 -Obiettivo parzialmente raggiunto (>60% fino 95%):Firma digitale > 85% fino a 90% dei referti
 -Obiettivo non raggiunto (<60%):Firma digitale < o uguale a 85% dei referti.

10	40
----	----

100,00	100,00
--------	--------

S.S.INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì

VERIFICA INFRANNUALE:Con nota Prot. 118608 del 11/09/2024 il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica riferisce che il dato di Paddi del mese di giugno, in quanto i dati di luglio non sono ancora disponibili, è pari al 65,94%.

VERIFICA ANNUALE: Con nota prot. 33453 del 12/03/2025, il Direttore Generale dell'ASL CN1 riferisce che la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno). L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ..) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo. Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. Alla luce delle precedenti

L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:
Peso 1: Direttore (P1)
Peso 2: Struttura (P2)

Pagina 613 di 614

					considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture.						
MONITORAGGIO DELLA 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.	-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 -Obiettivo non raggiunto (<60%): Indicatore scheda Risorse/Attività < 60.	<table><tr><td>60</td><td>60</td></tr></table>	60	60	<table><tr><td>100,00</td><td>100,00</td></tr></table>	100,00	100,00	RESPONSABILE SS CONTROLLO DI GESTIONE, FLUSSI INFORMATIVI E ATTIVITA' STRATEGICHE	VERIFICA INFRANNUALE: con mail del 31/08/2024 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce il rispetto dei target inseriti sulla scheda Risorse/Attività. Obiettivo raggiunto. VERIFICA ANNUALE: Con mail del 10.03.2025 la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi informativi e Attività Strategiche riferisce che sono stati rispettati gli standard. Punteggio scheda 118.	L'O.I.V. PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL 100%.
60	60										
100,00	100,00										

Verifica Finale Budget 2024

Obiettivi per Struttura

Legenda dei Pesi:

Peso 1: Direttore (P1)

Peso 2: Struttura (P2)