



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
**A.S.L. TO4**  
di Ciriè, Chivasso ed Ivrea

---

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 1375 DEL 29/12/2017**

**OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE - CONFERMA ASSEGNAZIONE ALLE STRUTTURE AZIENDALI DEGLI OBIETTIVI COLLEGATI ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO PER L'ANNO 2017.**

---

**Proponente:** ASLTO4 - S.C. PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E SVILUPPO RISORSE

**Numero di Proposta:** 1531 del 27/12/2017

---

OGGETTO: PIANO DELLA PERFORMANCE - CONFERMA ASSEGNAZIONE ALLE STRUTTURE AZIENDALI DEGLI OBIETTIVI COLLEGATI ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO PER L'ANNO 2017.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Lorenzo ARDISSONE**  
**(Nominato con D.G.R. n. 32-1360 del 27 aprile 2015)**

- Rilevato che, per l'assegnazione alle Strutture Aziendali degli obiettivi legati alla retribuzione di risultato per l'anno 2017, è stato seguito il seguente iter:
  - a) con nota prot. n. 0049645, dell'1/06/2017 è stato comunicato ai Direttori di Dipartimento, alle Direzioni Mediche Ospedaliere, ai Direttori/Responsabili delle Strutture Ospedaliere e Territoriali dell'Azienda che, in attesa dell'attribuzione degli obiettivi ai Direttori Generali da parte della Regione Piemonte, per l'anno 2017 restavano confermati gli obiettivi (indicatori – standard) già assegnati alle Strutture per l'anno 2016;
  - b) con nota prot. n. 0049595, dell'1/06/2017, analoga comunicazione è stata fatta ai Direttori di Distretto, con la precisazione dell'assegnazione di un nuovo obiettivo, rispetto al 2016, collegato all'attuazione e all'avvio delle attività delle “Case della Salute” già programmate;
  - c) con D.G.R. n. 101-5530 del 03/08/2017 la Regione Piemonte ha assegnato, ai Direttori Generali, gli obiettivi gestionali, di salute e funzionamento dei servizi per l'anno 2017;
  - d) con nota prot. n. 0078043 dell'11/09/2017 sono state inoltrate, ai Direttori/Responsabili delle Strutture Aziendali, le schede relative agli obiettivi assegnati per l'anno 2017, che prevedono:
    - obiettivi per il contenimento della spesa su dispositivi, farmaci, beni e servizi e obiettivi di efficientamento della produzione;
    - obiettivi sulle “case della salute”
    - obiettivo inerente l'area della formazione (es: anticorruzione);
    - obiettivi sul miglioramento dei tempi di attesa;
    - obiettivi allineamento piano esiti (tempestività interventi a seguito di frattura femori, effettuazione di ptca nei casi di ima stemi, appropriatezza nell'assistenza al parto dei punti nascita);
    - obiettivi di screening oncologici;
    - obiettivo per donazioni d'organo,
    - obiettivo di umanizzazione nelle strutture di ricovero aziendali;
  - e) che i Direttori/Responsabili ed i Coordinatori delle Strutture, hanno dovuto illustrare, in un incontro debitamente verbalizzato, gli obiettivi al personale afferente la Struttura stessa, individuando le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli stessi;
  - φ) con nota prot. n. 0078563 del 12/09/2017, è stata data comunicazione alle Organizzazioni Sindacali della definitiva assegnazione degli obiettivi alle Strutture Aziendali, per l'anno 2017, a seguito della citata D.G.R. 101-5530 del 03/08/2017;
- Rilevato che, con nota prot. n. 0081381 del 20/09/2017 del Settore Controllo di Gestione della S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse, sono state trasmesse ai Dipartimenti, alla Strutture Complesse e alla Strutture Semplici Dipartimentali, le schede contenenti i report con i dati di budget per l'anno 2017, nonché i dati consuntivi del primo semestre 2017 e dell'anno 2016;
- Ritenuto di procedere alla conferma degli obiettivi assegnati, quali risultano dagli allegati al presente provvedimento;

- Ritenuto infine, di dover trasmettere il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione, che provvederà alla valutazione degli obiettivi assegnati per l'anno 2017;
- Rilevato che la presente deliberazione viene proposta dal Direttore della S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse, Dott.ssa Ada CHIADO' - così come risulta dalla sottoscrizione apposta in calce alla presente - la quale, oltre a ricoprire l'incarico di Direttore Amministrativo dell'A.S.L. TO4, ha mantenuto la responsabilità della Struttura Complessa in parola, come risulta dalla deliberazione n. 426, del 29/04/2016;
- Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché della legittimità della stessa;
- Visto, infine, il D.Lgs. 14/10/2013, n. 33 e s.m.i., in particolare l'art. 10, comma 8, lett. b) e l'art. 41;
- Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di loro competenza, ai sensi dell'art. 3, comma 7 del D. Lgs 502/92 e s.m.i.;

### **DELIBERA**

1. di confermare, per quanto in premessa esposto, l'intervenuta assegnazione degli obiettivi alle Strutture Aziendali, collegati alla retribuzione di risultato per l'anno 2017, quali risultano dagli allegati al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
2. di inviare il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione;
3. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 – c. 2) L.R. 10/1995, stante la necessità di procedere alla conferma degli obiettivi, collegati alla retribuzione di risultato, assegnati alle Strutture Aziendali per l'anno 2017.



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
A.S.L. TO4  
di Ciriè, Chivasso ed Ivrea**

---

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 1375 DEL 29/12/2017**

**PIANO DELLA PERFORMANCE - CONFERMA ASSEGNAZIONE ALLE STRUTTURE  
AZIENDALI DEGLI OBIETTIVI COLLEGATI ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO  
PER L'ANNO 2017.**

---

PUBBLICATA ai sensi di legge a decorrere dal 29/12/2017

Ai sensi della L.R. 24/01/1995 n. 10  
DICHIARATA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA  
ESECUTIVA DAL 29/12/2017

TRASMESSA al Collegio Sindacale il

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

Si rende copia conforme all'originale informativo sottoscritto digitalmente  
da....., composta da n. .... (.....) fogli/facciate  
Chivasso, il .....

Il Referente incaricato

.....

***Elenco firmatari***

***Questo documento è stato firmato da:***

*BUONGIORNO FILOMENA - Resp. Proced. ASLTO4 - S.C. PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E SVILUPPO RISORSE*

*CHIADO` ADA - Direttore ASLTO4 - S.C. PROGRAMMAZIONE STRATEGICA E SVILUPPO RISORSE*

*CHIADO` ADA - Direttore DIRETTORE AMMINISTRATIVO*

*TRAINA MARIO - Direttore DIRETTORE SANITARIO*

*ARDISSONE LORENZO - Direttore ASLTO4 - DIREZIONE GENERALE*

*CIOFFI EMILIA il responsabile della pubblicazione*

## A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S.D. Ematologia				Responsabile: Dott. Roberto FREILONE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	38	Analisi statistica attività di chemioterapia, tra ambulatoriale e Day Hospital. Confronto dati 2015/2017 e verifica livello di appropriatezza raggiunto. Relazione congiunta (SC Oncologia - SSD Ematologia) rispetto ad eventuali azioni intese al miglioramento.	Relazione inviata alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	70%		31/12/2017	- SC Oncologia - SSD Ematologia
CU PA	39	Rilevazione ed attivazione eventuali azioni di miglioramento in riferimento all'allegato 6A del D.P.C.M. 12/01/2017 (LEA)	Relazione inviata alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		31/12/2017	- SC Oncologia - SSD Ematologia
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	30%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____	<b>Data</b> <u>11 settembre 2017</u>
<b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Cardiologia Ciriè – Ivrea				Direttore: Dott. Gaetano SENATORE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione					
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> <b>CLASSE B</b> 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% <b>CLASSE D</b> 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $>30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $>60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Cardiologia Ciriè – Ivrea				Direttore: Dott. Gaetano SENATORE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob. - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob. - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Contr. Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC Cardiolog (C07 - C08 - C09) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale (N06A)
CU	6.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi  (target regionale: tasso grezzo $\geq 85\%$ )	N° episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito un PTCA entro 2 gg  _____	1. Rispetto target reg. 100% ob.  2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100%  3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - SC Cardiologia Ciriè/Ivrea Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati

S.C. Cardiologia Ciriè – Ivrea				Direttore: Dott. Gaetano SENATORE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	6.5	Donazioni d'organo	<p><b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017</p> <p><b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica</p> <p>3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15</p>	<p>1) Dicotomico Si/No</p> <p>2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%</p>	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	10%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesia Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicine Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<p>Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.</p> <p>- Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale</p>	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	<p>Livello di efficienza:</p> <p style="text-align: center;"><u>valore produzione</u></p> <p>beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici</p>	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Cardiologia Ciriè – Ivrea				Direttore: Dott. Gaetano SENATORE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso,	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Cardiologia Chivasso				Direttore: Dott. Francesco PINNERI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSSC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Cardiologia Chivasso				Direttore: Dott. Francesco PINNERI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	10%		30/09/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali - Strutture Aziendali - Farmacia Ospedaliera (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq$ 90% per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob. - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob. - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Contr. Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- SSCC Cardiolog (C07 - C08 - C09) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale (N06A)
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica  3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	15%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesia Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicina Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Cardiologia Chivasso				Direttore: Dott. Francesco PINNERI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Cardiologia Chivasso				Direttore: Dott. Francesco PINNERI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Gastroenterologia				Direttore: Dott. Franco COPPOLA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	Valore indicatore 50% 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			Valore indicatore 50% 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $>30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $>60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Gastroenterologia				Direttore: Dott. Franco COPPOLA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	6.4	Screening oncologici	<b>Screening mammografico età 50-69</b> - copertura inviti: atteso 100% minimo 97% - copertura esami: atteso 51% minimo 45.9% <b>Screening cervico-vaginale età 25-64</b> - copertura inviti: atteso 100% minimo 97% - copertura esami: atteso 47% minimo 42.3% <b>Screening colon-rettale età 58</b> - copertura inviti: atteso 100% minimo 97% - copertura esami: atteso 40% minimo 36%	Rispetto target reg. = 100% ob.  Mancato rispetto = 0% ob.	SISP	Dirig	RA		31/12/2017	- SS UVOS - SSD Senologia - SSD Consultori - SC Gastroent
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ valore produzione  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% < miglior livello = 0%	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Gastroenterologia				Direttore: Dott. Franco COPPOLA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Geriatria				Responsabile: Dott. Emanuele MAGRO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione			31/12/2017	- SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	20%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ valore produzione beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Geriatria				Responsabile: Dott. Emanuele MAGRO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Medicina Generale Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott. Roberto QUADRI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione			31/12/2017		
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Medicina Generale Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott. Roberto QUADRI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	6.5	Donazioni d'organo	<p><b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017</p> <p><b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica</p> <p>3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15</p>	<p>1) Dicotomico Si/No</p> <p>2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%</p>	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDMMOO</li> <li>- SSCC Anestesia Rianimazioni</li> <li>- SC MeCAU</li> <li>- SSCC Medicine Generali</li> <li>- SSCC Neurolog</li> <li>- SSCC Nefrolog</li> <li>- SSCC Cardiolog</li> <li>- Oculistica</li> </ul>
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<p>Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.</p> <p>- Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale</p>	<p><b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No</p>	Coordinat Equipe Locale	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio Relaz. Esterne (URP)</li> <li>- Macroaree Osped / Territ</li> <li>- Referente Percorso cont. Assistenziale</li> <li>- DDMMOO</li> <li>- Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016</li> </ul>
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	<p>Livello di efficienza:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">valore produzione</p> <p>beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici</p>	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	<p>miglior livello = 100% ob</p> <p>&lt; miglior livello = 0% ob.</p>	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Medicina Generale Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott. Roberto QUADRI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Medicina Generale Chivasso				Responsabile: Dott. Paolo ANSELMO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione			31/12/2017	- Ospedaliera - SC Acq e Gest - Log Beni Servizi - SSCC Osped	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali



S.C. Medicina Generale Chivasso				Responsabile: Dott. Paolo ANSELMO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data</b> <u>11 settembre 2017</u>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Diabetologia				Responsabile: Dott.a Anna Maria CHIAMBRETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.3	Riduzione della spesa per Dispositivi Medici	4.3.2 Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata (target regionale - tabella allegata alla DGR 101-5530 del 3/08/17)	Rispetto target 100% ob. Mancato rispetto 0% ob.	Acq. e Gest. Log. Beni e Servizi	Dirig	70%		31/12/2017	- Diabetologia - Farmacia Terr.
CU	12	Prescrizione insulina biosimilare	Allineamento delle prescrizioni di insulina biosimilare al valore medio delle prescrizioni regionali	Allineamento almeno al 95%	Diabetol.	Dirig	RA		31/12/2017	SS Diabetologia
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	30%		31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma Direttore/Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_

Data **11 settembre 2017**

Firma Direttore Generale (in originale firmato)

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Medicina Generale Cuorgnè				Direttore: Dott. Domenico FICO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione			31/12/2017		
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Medicina Generale Cuorgnè				Direttore: Dott. Domenico FICO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	6.5	Donazioni d'organo	<p><b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017</p> <p><b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica</p> <p>3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15</p>	<p>1) Dicotomico Si/No</p> <p>2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%</p>	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDMMOO</li> <li>- SSCC Anestesi Rianimazioni</li> <li>- SC MeCAU</li> <li>- SSCC Medicine Generali</li> <li>- SSCC Neurolog</li> <li>- SSCC Nefrolog</li> <li>- SSCC Cardiolog</li> <li>- Oculistica</li> </ul>
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<p>Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.</p> <p>- Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale</p>	<p><b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No</p>	Coordinat Equipe Locale	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio Relaz. Esterne (URP)</li> <li>- Macroaree Osped / Territ</li> <li>- Referente Percorso cont. Assistenziale</li> <li>- DDMMOO</li> <li>- Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016</li> </ul>
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	<p>Livello di efficienza:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">valore produzione</p> <p>beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici</p>	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	<p>miglior livello = 100% ob</p> <p>&lt; miglior livello = 0% ob.</p>	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Medicina Generale Cuorgnè				Direttore: Dott. Domenico FICO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Medicina Generale Ivrea				Direttore: Dott. Lorenzo GURIOLI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione			31/12/2017		
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Medicina Generale Ivrea				Direttore: Dott. Lorenzo GURIOLI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	6.5	Donazioni d'organo	<p><b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017</p> <p><b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica</p> <p>3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15</p>	<p>1) Dicotomico Si/No</p> <p>2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%</p>	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDMMOO</li> <li>- SSSC Anestesi Rianimazioni</li> <li>- SC MeCAU</li> <li>- SSSC Medicine Generali</li> <li>- SSSC Neurolog</li> <li>- SSSC Nefrolog</li> <li>- SSSC Cardiolog</li> <li>- Oculistica</li> </ul>
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<p>Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.</p> <p>- Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale</p>	<p><b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No</p>	Coordinat Equipe Locale	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio Relaz. Esterne (URP)</li> <li>- Macroaree Osped / Territ</li> <li>- Referente Percorso cont. Assistenziale</li> <li>- DDMMOO</li> <li>- Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016</li> </ul>
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	<p>Livello di efficienza:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">valore produzione</p> <p>beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici</p>	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	<p>miglior livello = 100% ob</p> <p>&lt; miglior livello = 0% ob.</p>	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Medicina Generale Ivrea				Direttore: Dott. Lorenzo GURIOLI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Dermatologia				Responsabile: Dott. Massimo DALY						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	70%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	30%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Nefrologia e Dialisi				Direttore: Dott.a Silvana SAVOLDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione			31/12/2017		
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Nefrologia e Dialisi				Direttore: Dott.a Silvana SAVOLDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	6.5	Donazioni d'organo	<p><b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017</p> <p><b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica</p> <p>3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15</p>	<p>1) Dicotomico Si/No</p> <p>2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%</p>	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDMMOO</li> <li>- SSSC Anestesi e Rianimazioni</li> <li>- SC MeCAU</li> <li>- SSSC Medicine Generali</li> <li>- SSSC Neurolog</li> <li>- SSSC Nefrolog</li> <li>- SSSC Cardiolog</li> <li>- Oculistica</li> </ul>
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<p>Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.</p> <p>- Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale</p>	<p><b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No</p>	Coordinat Equipe Locale	Dirig	15%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio Relaz. Esterne (URP)</li> <li>- Macroaree Osped / Territ</li> <li>- Referente Percorso cont. Assistenziale</li> <li>- DDMMOO</li> <li>- Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016</li> </ul>
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	<p>Livello di efficienza:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">valore produzione</p> <p>beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici</p>	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	<p>miglior livello = 100% ob</p> <p>&lt; miglior livello = 0% ob.</p>	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Nefrologia e Dialisi				Direttore: Dott.a Silvana SAVOLDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Neurologia Ivrea – Chivasso				Direttore: Dott. Claudio GEDA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	Valore indicatore 50% 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			Valore indicatore 50% 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $>30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $>60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Neurologia Ivrea – Chivasso				Direttore: Dott. Claudio GEDA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriata prescrizione e riduzione della variabilità	Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob. - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob. - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Contr. Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC Cardiolog (C07 - C08 - C09) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale (N06A)
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica 3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesi Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicine Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  <u>valore produzione</u> beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Neurologia Ivrea – Chivasso				Direttore: Dott. Claudio GEDA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Neurologia Ciriè				Direttore: Dott. Diego PAPURELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione			31/12/2017		
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Neurologia Ciriè				Direttore: Dott. Diego PAPURELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob. - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob. - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Contr. Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- SSCC Cardiolog (C07 - C08 - C09) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale (N06A)
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica 3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesi e Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicina Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuoragnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza: <u>valore produzione</u> beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% < miglior livello = 0%	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Neurologia Ciriè				Direttore: Dott. Diego PAPURELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Oncologia				Direttore: Dott. Giorgio VELLANI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	15%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
CU PA	38	Analisi statistica attività di chemioterapia, tra ambulatoriale e Day Hospital. Confronto dati 2015/2017 e verifica livello di appropriatezza raggiunto. Relazione congiunta (SC Oncologia - SSD Ematologia) rispetto ad eventuali azioni intese al miglioramento.	Relazione inviata alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	25%		31/12/2017	- SC Oncologia - SSD Ematologia
CU PA	39	Rilevazione ed attivazione eventuali azioni di miglioramento in riferimento all'allegato 6A del D.P.C.M. 12/01/2017 (LEA)	Relazione inviata alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	25%		31/12/2017	- SC Oncologia - SSD Ematologia

S.C. Oncologia				Direttore: Dott. Giorgio VELLANI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale				Responsabile: Dott. Mario ZERBINI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	20%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale				Responsabile: Dott. Mario ZERBINI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data</b> <u>11 settembre 2017</u>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Chirurgia Generale Ciriè				Direttore: Dott. Eraldo PERSONNETTAZ						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione					
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $> 30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $> 60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Chirurgia Generale Ciriè				Direttore: Dott. Eraldo PERSONNETTAZ						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ valore produzione _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Chirurgia Generale Ciriè				Direttore: Dott. Eraldo PERSONNETTAZ						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Chirurgia Generale Ciriè				Direttore: Dott. Eraldo PERSONNETTAZ						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Chirurgia Generale Chivasso				Responsabile: Dott. Piercarlo MILONE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Chirurgia Generale Chivasso				Responsabile: Dott. Piercarlo MILONE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ valore produzione _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Chirurgia Generale Chivasso				Responsabile: Dott. Piercarlo MILONE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Chirurgia Generale Chivasso				Responsabile: Dott. Piercarlo MILONE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Chirurgia Generale Ivrea				Direttore: Dott. Lodovico ROSATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $> 30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $> 60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Chirurgia Generale Ivrea				Direttore: Dott. Lodovico ROSATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017 2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.  - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ valore produzione  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Chirurgia Generale Ivrea				Direttore: Dott. Lodovico ROSATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Chirurgia Generale Ivrea				Direttore: Dott. Lodovico ROSATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data</b> <u>11 settembre 2017</u></p> <p><b>Firma Direttore Generale</b> <u>(in originale firmato)</u></p>
--	--

S.C. Oculistica				Direttore: Dott. Luca CHIADO' PIAT						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliere - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliere - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Oculistica				Direttore: Dott. Luca CHIADO' PIAT						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	6.5	Donazioni d'organo	<p><b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017</p> <p><b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica</p> <p>3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15</p>	<p>1) Dicotomico Si/No</p> <p>2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%</p>	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	10%		30/09/2017  31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDMMOO</li> <li>- SSSC Anestesi Rianimazioni</li> <li>- SC MeCAU</li> <li>- SSSC Medicina Generali</li> <li>- SSSC Neurolog</li> <li>- SSSC Nefrolog</li> <li>- SSSC Cardiolog</li> <li>- Oculistica</li> </ul>
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<p>Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.</p> <p>- Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale</p>	<p><b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No</p>	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ufficio Relaz. Esterne (URP)</li> <li>- Macroaree Osped / Territ</li> <li>- Referente Percorso cont. Assistenziale</li> <li>- DDMMOO</li> <li>- Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016</li> </ul>
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	<p>Livello di efficienza:</p> <p style="text-align: center;">_____ valore produzione _____</p> <p>beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici</p>	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	<p>miglior livello = 100% ob</p> <p>&lt; miglior livello = 0% ob.</p>	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Oculistica				Direttore: Dott. Luca CHIADO' PIAT						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Oculistica				Direttore: Dott. Luca CHIADO' PIAT						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ciriè				Direttore: Dott. Marco ASSOM						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017 2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ciriè				Direttore: Dott. Marco ASSOM						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
CU	6.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni  (target regionale: tasso aggiustato > 70%)	N° ricoveri diagnosi frattura collo femore in paziente operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di riuvero ≤ 2 gg)  N° ricoveri con diagnosi frattura collo femore	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Ortop e Traumatologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ciriè				Direttore: Dott. Marco ASSOM						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ valore produzione _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ciriè				Direttore: Dott. Marco ASSOM						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Ortopedia e Traumatologia Chivasso				Direttore: Dott. Marino CARESIO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. Territorio - Macroaree Osp - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017 2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	

S.C. Ortopedia e Traumatologia Chivasso				Direttore: Dott. Marino CARESIO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
CU	6.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni  (target regionale: tasso aggiustato > 70%)	N° ricoveri diagnosi frattura collo femore in paziente operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di riuvero ≤ 2 gg)  N° ricoveri con diagnosi frattura collo femore	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Ortop e Traumatologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Ortopedia e Traumatologia Chivasso				Direttore: Dott. Marino CARESIO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Ortopedia e Traumatologia Chivasso				Direttore: Dott. Marino CARESIO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ivrea				Responsabile: Dott. Ugo SCARLATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017 2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ivrea				Responsabile: Dott. Ugo SCARLATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
CU	6.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni  (target regionale: tasso aggiustato > 70%)	N° ricoveri diagnosi frattura collo femore in paziente operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di riuvero ≤ 2 gg)  _____ N° ricoveri con diagnosi frattura collo femore	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Ortop e Traumatologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ivrea				Responsabile: Dott. Ugo SCARLATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Ortopedia e Traumatologia Ivrea				Responsabile: Dott. Ugo SCARLATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. O.R.L. Chivasso				Direttore: Dott. Libero TUBINO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirett	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. O.R.L. Chivasso				Direttore: Dott. Libero TUBINO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individ. nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell' Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. O.R.L. Chivasso				Direttore: Dott. Libero TUBINO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. O.R.L. Ciriè – Ivrea				Direttore: Dott. Fulvio VICO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirett	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $>30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $>60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. O.R.L. Ciriè – Ivrea				Direttore: Dott. Fulvio VICO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individ. nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 _____ <u>Produzione chirurgica 2016</u> _____	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. O.R.L. Ciriè – Ivrea				Direttore: Dott. Fulvio VICO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S. Odontostomatologia				Responsabile: Dott. Giovanni PROSA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirett	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	Valore indicatore Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	60%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individ. nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  <u>valore produzione</u> beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.S. Odontostomatologia				Responsabile: Dott. Giovanni PROSA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	20%		31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Urologia				Direttore: Dott. Scipio ANNOSCIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirett	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Urologia				Direttore: Dott. Scipio ANNOSCIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SCCC Cardiologie - SCCC Chirurgie - SC Urologia - SCCC Ostetr. - SCCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.  - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individ. nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ valore produzione  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Urologia				Direttore: Dott. Scipio ANNOSCIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMOO e le SSCC dell' Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Urologia				Direttore: Dott. Scipio ANNOSCIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b></p>
--	---

## A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S.D. Fisica Sanitaria				Responsabile: Dott. Piero OSSOLA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	70%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	13	Supporto, isorisorse, nell'attività di esperto qualificato necessaria all'Azienda	Relazione del Responsabile della Struttura che attesti il supporto, isorisorse, nell'attività di esperto qualificato necessaria all'Azienda	Dicotomico SI/NO	Struttura coinvolta	Dirig	RA		31/12/2017	Fisica Sanitaria
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	30%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati, nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
--	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S.D. Senologia				Responsabile: Dott. Sebastiano PATANIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	25%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $>30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $>60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	30%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	25%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali



**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Laboratorio Analisi				Direttore: Dott. Arturo FERRINI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	Valore indicatore 50% 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	30%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SCCC Osped
			Valore indicatore 50% 2) Verifica produttoria	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	14	Analisi organizzativa ed operativa, alla luce delle operazioni di redistribuzione delle attività in essere in applicazione del progetto regionale di centralizzazione dei Laboratori. Evidenziazione degli impatti in termini di costi per i fattori produttivi (efficienza) e in termini di servizio agli utenti (efficacia)	Presenza del documento di analisi	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	50%		31/12/2017	- SC Laboratorio Analisi - SC Serv. Trasf

S.C. Laboratorio Analisi				Direttore: Dott. Arturo FERRINI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
PA	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Tracare del collegamento prenotazione-prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gest. Econom. Finanz.	Comp		30%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Personale Amministrativo delle DDMMOO, dei Distretti, dei Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio Trasfusionale				Direttore: Dott.a Rosa CHIANESE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSSC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	14	Analisi organizzativa ed operativa, alla luce delle operazioni di redistribuzione delle attività in essere in applicazione del progetto regionale di centralizzazione dei Laboratori. Evidenziazione degli impatti in termini di costi per i fattori produttivi (efficienza) e in termini di servizio agli utenti (efficacia)	Presenza del documento di analisi	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	25%		31/12/2017	- SC Laboratorio Analisi - SC Serv. Trasf
PA	15	Attivazione antenna trasfusionale presso la sede di Ciriè. Piano d'organizzazione con descrizione dei livelli di efficienza ed efficacia	- Attivazione Antenna - Presenza Piano Organizzaz	Dicotomico Si/No	Direz. Strat.	Dirig	RA		31/12/2017	SC Serv. Trasf.

S.C. Servizio Trasfusionale				Direttore: Dott.a Rosa CHIANESE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	16	Presentazione del Progetto organizzativo "Centro esperto Malattie Emorragiche Congenite adulti", come da DGR 50-5380 del 17/07/2017	Presenza del Progetto	Dicotomico Si/No	Direz. Strat.	Dirig	25%		31/12/2017	SC Serv. Trasf.
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
PA	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione-prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gest. Econom. Finanz.	Comp		30%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Personale Amministrativo delle DDMMOO, dei Distretti, dei Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Anatomia Patologica				Direttore: Dott. Renzo ORLASSINO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSSC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. Territorio - Macroaree Osp - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU	17	Contenimento dei tempi di refertazione delle prestazioni di anatomia patologica entro i 15 giorni	<u>Numero refertazioni entro i 15 giorni</u> Numero totale refertazioni nel 2017	Percentuale referti entro i 15 gg $100\%$ = 100% ob. $< 100\% \geq 90\%$ = 75% $< 90\% \geq 80\%$ = 50% $< 80\%$ = 0%	DMO	Dirig	RA		31/12/2017	Anatomia Patologica

S.C. Anatomia Patologica				Direttore: Dott. Renzo ORLASSINO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	18	- Riorganizzazione dell'attività nella nuova sede. - Elaborazione di un programma tecnico, operativo, economico per superamento rapporti convenzionali con altre Aziende	- Relazione del Direttore della Struttura sulla riorganizzazione dell'attività - Presenza programma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	50%		31/12/2017	Anatomia Patologica
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
PA	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione-prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gest. Econom. Finanz.	Comp		30%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Personale Amministrativo delle DDMMOO, dei Distretti, dei Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Radioterapia oncologica				Direttore: Dott.a Maria Rosa LA PORTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSSC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	19	Mantenimento dei livelli di attività quali/quantitativi dell'anno 2016	Confronto tra i dati di produzione 2016 e 2017	Mantenimento attività = 100% Diminuzione attività = 0%	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	Radioterapia oncologica
PA	20	Partecipazione al 100% alle riunioni del GIC nelle diverse sedi aziendali	Verbali incontri GIC	100% partecipaz. = 100% ob.	Direzione Strategica	Dirig	50%		31/12/2017	Radioterapia oncologica

S.C. Radioterapia oncologica				Direttore: Dott.a Maria Rosa LA PORTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
PA	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione-prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gest. Econom. Finanz.	Comp		30%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Personale Amministrativo delle DDMMOO, dei Distretti, dei Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Radiologia Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott. Aldo CATALDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	25%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione					
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	25%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	25%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	25%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Radiologia Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott. Aldo CATALDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione-prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gest. Econom. Finanz.	Comp		30%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Personale Amministrativo delle DDMMOO, dei Distretti, dei Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Radiologia Chivasso				Direttore: Dott. Giovanni GATTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	Valore indicatore 50% 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	25%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			Valore indicatore 50% 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione					
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	25%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	25%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	25%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Radiologia Chivasso				Direttore: Dott. Giovanni GATTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione-prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gest. Econom. Finanz.	Comp		30%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Personale Amministrativo delle DDMMOO, dei Distretti, dei Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Radiologia Ivrea				Direttore: Dott. Rina Lionella LOVATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	25%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSSC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione					
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	25%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	25%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	25%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Radiologia Ivrea				Direttore: Dott. Rina Lionella LOVATO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	RA		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione-prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gest. Econom. Finanz.	Comp		30%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Personale Amministrativo delle DDMMOO, dei Distretti, dei Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Anestesia e Rianimazione Ciriè				Direttore: Giuseppe ROBERTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017 <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica 3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	25%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesi Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicina Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Anestesia e Rianimazione Ciriè				Direttore: Giuseppe ROBERTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell' Area Chirurgica
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig	20%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b></p>
--	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Anestesia e Rianimazione Chivasso				Direttore: Enzo CASTENETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica 3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	25%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesia Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicine Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Anestesia e Rianimazione Chivasso				Direttore: Enzo CASTENETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell' Area Chirurgica
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig	20%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Anestesia e Rianimazione Ivrea				Direttore: Bruno SCAPINO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica 3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	25%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesia Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicina Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Anestesia e Rianimazione Ivrea				Direttore: Bruno SCAPINO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	RA		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig	20%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza Chivasso (MeCAU)				Direttore: Paolo FRANZESE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttoria	$\geq 5\% = 100\% \text{ ob.}$ $< 5\% \geq 3\% = 80\% \text{ ob.}$ $< 3\% \geq 2\% = 50\% \text{ ob.}$ $< 2\% \geq 1\% = 10\% \text{ ob.}$ $< 1\% = 0\% \text{ ob.}$	Controllo di Gestione					
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\% = 100\% \text{ ob.}$ $< 2\% > 1\% = 75\% \text{ ob.}$ $= 1\% = 50\% \text{ ob.}$ $< 1\% = 0\% \text{ ob.}$	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica 3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	25%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesi Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicine Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza Chivasso (MeCAU)				Direttore: Paolo FRANZESE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso.	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi di attesa 2016 e risultati attesi per il 2017, sulla base dei dati del 1° semestre 2017	Dicotomico SI/NO	DDMMOO MeCAU	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - SC Me.C.A.U. Con la collaboraz - Settore Contr di Gestione - Macroarea Ospedale / Territorio
			<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Rispetto tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso ( $\leq 6$ ore)  <u>(data/ora dimis PS - data/ora acces PS)</u> N° di accessi in PS	Raggiungimento target regionale = 100% ob.  Mancato raggiungimento target regionale ma miglioramento rispetto al 2016, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	20%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza Chivasso (MeCAU)				Direttore: Paolo FRANZESE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$ 2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%		Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC  Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
CO L	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Ostetricia e Ginecologia Ciriè				Direttore: Dott. Mario GALLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	Valore indicatore 50% 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			Valore indicatore 50% 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali

CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> <b>CLASSE B</b> 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% <b>CLASSE D</b> 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attesa	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
----------	----	--	---	--	-------------------------	-------	-----	--	------------	---

<b>S.C. Ostetricia e Ginecologia Ciriè</b>					<b>Direttore: Dott. Mario GALLO</b>					
--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017  <b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017	Dicotomico Si/No   Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.  DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	15%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.

CU	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita  (target regionale: tasso aggiustato ≤ 20%)	N° parti con cesareo primario <hr/> _ x 100  N° parti con nessun pregresso cesareo	1. Rispetto target reg. 100% ob.  2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100%  3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC di Ostetricia e Ginecologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine.  - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbalì verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

### S.C. Ostetricia e Ginecologia Ciriè

**Direttore: Dott. Mario GALLO**

Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  <hr/> valore produzione  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 <hr/> = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica

PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Ostetricia e Ginecologia Ciriè				Direttore: Dott. Mario GALLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Ostetricia e Ginecologia Chivasso				Direttore: Dott. Luciano LEIDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: < 10 gg = 100% > 10 gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: < 30 gg = 100% >30 < 60 gg = 50% > 60 gg = 0% Esami specialistici: < 60 gg = 100% >60 < 120 gg = 50% > 120 gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Ostetricia e Ginecologia Chivasso				Direttore: Dott. Luciano LEIDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSSC Cardiologie - SSSC Chirurgie - SC Urologia - SSSC Ostetr. - SSSC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto ≥ 90% per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita  (target regionale: tasso aggiustato ≤ 20%)	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$	1. Rispetto target reg. 100% ob.  2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100%  3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - SSSC di Ostetricia e Ginecologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Ostetricia e Ginecologia Chivasso				Direttore: Dott. Luciano LEIDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Ostetricia e Ginecologia Chivasso				Direttore: Dott. Luciano LEIDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Ostetricia e Ginecologia Ivrea				Responsabile: Dott. Maurizio BRUSATI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	3b	Messa in atto di tutti gli interventi congiunturali necessari alla riduzione / mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni erogate dalla Struttura	Tempo di attesa rilevato a dicembre 2017 per le visite e gli esami specialistici - Classe B e D - erogati dalla Struttura	<b>Tempo di attesa dicem 2017</b> CLASSE B 1^ Visita ed Esami Spec.: $< 10$ gg = 100% $> 10$ gg = 0% CLASSE D 1^ Visita: $< 30$ gg = 100% $> 30 < 60$ gg = 50% $> 60$ gg = 0% Esami specialistici: $< 60$ gg = 100% $> 60 < 120$ gg = 50% $> 120$ gg = 0%	Manager Liste attese	Dirig	15%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Ostetricia e Ginecologia Ivrea				Responsabile: Dott. Maurizio BRUSATI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> 1) Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	15%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	Raggiungimento target regionali = 100% ob. Mancato raggiungim. • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita  (target regionale: tasso aggiustato $\leq 20\%$ )	$\frac{\text{N° parti con cesareo primario}}{\text{N° parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$	1. Rispetto target reg. 100% ob.  2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100%  3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC di Ostetricia e Ginecologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	10%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Ostetricia e Ginecologia Ivrea				Responsabile: Dott. Maurizio BRUSATI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____  beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	10%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell'Area Chirurgica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.C. Ostetricia e Ginecologia Ivrea				Responsabile: Dott. Maurizio BRUSATI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	62	<p><b>Indagine soddisfazione utenti</b></p> <p>1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria</p> <p>2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero</p> <p>(obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)</p>	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	<p>1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017)</p> <p>= <math>\geq</math> 90%</p> <p>2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped.</p> <p>= <math>\geq</math> 60%</p>	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 30/11/2017	<p>Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UTIC</li> <li>- Nido / Neonatologia</li> <li>- Rianimazione</li> <li>- SPDC</li> </ul> <p>Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery</p>
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Pediatria Ciriè				Direttore: Dott. Adalberto BRACH DEL PREVER						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	25%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____ beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Pediatria Ciriè				Direttore: Dott. Adalberto BRACH DEL PREVER						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob	Settore Controllo Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 31/12/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Pediatria Chivasso				Responsabile: Dott. Massimo LANZA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	25%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____ beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Pediatria Chivasso				Responsabile: Dott. Massimo LANZA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob	Settore Controllo Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 31/12/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Pediatria Ivrea				Responsabile: Dott. Affif BARBARA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\%$ $\geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\%$ $\geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\%$ $\geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	25%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  _____ <u>valore produzione</u> _____ beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica

S.C. Pediatria Ivrea				Responsabile: Dott. Affif BARBARA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob	Settore Controllo Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	20%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
CU	62	<b>Indagine soddisfazione utenti</b> 1) Consegna del questionario di rilevazione della soddisfazione (predisposto all'Ufficio Relazioni con il Pubblico) a tutti gli utenti dimessi nei mesi di giugno e novembre 2017, che siano stati ricoverati con modalità ordinaria 2) Sensibilizzazione degli utenti sull'importanza della compilazione del questionario, al fine di contribuire al miglioramento della qualità percepita del servizio ospedaliero  (obiettivo per le S.C. e per le S.S. afferenti)	Per ogni mese oggetto di indagine, presenza dei fogli firma (predisposti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico) compilati a cura della Struttura Operativa interessata e firmati dagli utenti che hanno ricevuto il questionario	1) Numero di utenti dimessi che ricevono il questionario nei due mesi oggetto di indagine (giugno e novembre 2017) = $\geq 90\%$  2) Numero questionari compilati nei due mesi oggetto di indagine ed imbucati, dagli utenti stessi, nelle apposite cassette predisposte nell'ingresso di ciascuna sede osped. = $\geq 60\%$	U.R.P.	Comp		30%	30/06/2017 31/12/2017	Tutte le Strutture Operative aziendali che effettuano ricoveri con modalità ordinaria, con esclusione di: - UTIC - Nido / Neonatologia - Rianimazione - SPDC Per le Strutture di Oculistica e O.R.L. della sede di Ivrea l'indagine si svolge esclusivamente in week surgery
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.)				Direttore: Dott.a Luisa CRISTAUDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	8	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di efficienza nell'uso di beni e servizi del biennio 2015/2016	Livello di efficienza:  $\frac{\text{valore produzione}}{\text{beni sanitari e non, farmaci, dispositivi medici}}$	Dicotomico Si/No	Settore Controllo di Gestione	Dirig	35%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
EF	9	Perseguire, per l'anno 2017, il miglior livello di complessità del biennio 2015/2016	Livello di complessità = peso medio	miglior livello = 100% ob < miglior livello = 0% ob	Settore Controllo Gestione	Dirig	35%		31/12/2017	Strutture di Area Medica e Chirurgica
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	30%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

Data _____  Firma Direttore/Responsabile della Struttura _____  Firma del Coordinatore della Struttura _____	Data <b>11 settembre 2017</b>  Firma Direttore Generale ( <b>in originale firmato</b> )
--	---



A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Salute Mentale Ciriè - Ivrea				Responsabile: Dott.a Antonella MOLINARO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriatelyzza prescrittiva e riduzione della variabilità	Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob. - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob. - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Contr. Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- SSCC Cardiolog (C07 - C08 - C09) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale (N06A)
CUP A	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig	15%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	35	Definizione protocolli aziendale con le Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze, al fine di garantire una continuità	Presenza di protocolli aziendali	Dicotomico Si/No	Strutture Coinvolte	Dirig	15%		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - DSM - Dipart. Dipend
CU	40	Attivazione di un Centro Aziendale per la diagnosi dell'autismo	Relazione su organizzazione del Centro e sui dati di attività effettuata dalla sua apertura fino al 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		31/12/2017	SC Salute Mentale Ciriè Ivrea

S.C. Salute Mentale Ciriè - Ivrea				Responsabile: Dott.a Antonella MOLINARO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	41	Analisi efficacia della presa in carico dei residenziali e semi residenziali. Relazione nel quadro di evoluzione positiva della presa in carico rilevata nel 2017 (e anche per prese in carico anni precedenti). Analisi statistiche percorsi trasversali per livelli di intensità, negli ultimi 5 anni.	Relazione da inviare alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		31/12/2017	- SC Salute Mentale Ciriè Ivrea - SC Salute Mentale Chivasso
PA	64	Applicazione del nuovo Atto Aziendale e riorganizzazione delle Strutture in relazione all'attribuzione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del personale del Comparto	Messa in atto delle azioni richieste dalla Direzione Strategica	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		31/12/2017	
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Salute Mentale Ciriè - Ivrea				Responsabile: Dott.a Antonella MOLINARO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Salute Mentale Chivasso				Responsabile: Dott. Riccardo TIRAFERRI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriately prescrivibile e riduzione della variabilità	Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob. - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob. - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Contr. Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- SSCC Cardiolog (C07 - C08 - C09) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale (N06A)
CUP A	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig	15%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	35	Definizione protocolli aziendale con le Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze, al fine di garantire una continuità	Presenza di protocolli aziendali	Dicotomico Si/No	Strutture Coinvolte	Dirig	15%		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - DSM - Dipart. Dipend
CU	40	Attivazione di un Centro Aziendale per la diagnosi dell'autismo	Relazione su organizzazione del Centro e sui dati di attività effettuata dalla sua apertura fino al 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		31/12/2017	SC Salute Mentale Ciriè Ivrea

S.C. Salute Mentale Chivasso				Responsabile: Dott. Riccardo TIRAFERRI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	41	Analisi efficacia della presa in carico dei residenziali e semi residenziali. Relazione nel quadro di evoluzione positiva della presa in carico rilevata nel 2017 (e anche per prese in carico anni precedenti). Analisi statistiche percorsi trasversali per livelli di intensità, negli ultimi 5 anni.	Relazione da inviare alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		31/12/2017	- SC Salute Mentale Ciriè Ivrea - SC Salute Mentale Chivasso
PA	64	Applicazione del nuovo Atto Aziendale e riorganizzazione delle Strutture in relazione all'attribuzione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del personale del Comparto	Messa in atto delle azioni richieste dalla Direzione Strategica	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	15%		31/12/2017	
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Salute Mentale Chivasso				Responsabile: Dott. Riccardo TIRAFERRI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Servizio delle Dipendenze (Ser.D.) Ivrea				Direttore: Dott.a Angela DE BERNARDIS						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	20%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU PA	35	Definizione protocolli aziendale con le Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze, al fine di garantire una continuità assistenziale	Presenza di protocolli aziendali	Dicotomico Si/No	Strutture Coinvolte	Dirig	20%		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - DSM - Dipart. Dipend
CU	42	Analisi efficacia della presa in carico di soggetti, con dipendenze maggiori, nell'ultimo quinquennio. Valutazione complessiva sui livelli di riabilitazione e di reinserimento sociale e lavorativo. Eventuale proposta per miglioramento livello di efficacia	Relazione sull'analisi effettuata con eventuale proposta per miglioramento livello di efficacia, da inviare alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		31/12/2017	SC SerD
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Servizio delle Dipendenze (Ser.D.) Ivrea				Direttore: Dott.a Angela DE BERNARDIS						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	64	Applicazione del nuovo Atto Aziendale e riorganizzazione delle Strutture in relazione all'attribuzione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del personale del Comparto	Messa in atto delle azioni richieste dalla Direzione Strategica	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	20%		31/12/2017	
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>
---	---

## A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S.D. Promozione della Salute				Responsabile: Dott. Giorgio BELLAN						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	22	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano Locale di Prevenzione	Attuazione delle azioni previste per l'anno 2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA + 30%		31/12/2017	- SC SPRESAL - SSD Promoz della salute
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	35%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	35%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma Direttore/Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_

Data **11 settembre 2017**

Firma Direttore Generale **(in originale firmato)**

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S.D. Nucleo Ispettivo di Vigilanza (NIV)				Responsabile: Dott.a Adriana PASSERA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	21	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA) come da D.D. 13/04/2017 n. 264	Attuazione delle azioni previste per l'anno 2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA + 50%		31/12/2017	- SC SIAN - SC Serv Vet A - SC Serv Vet B - SC Serv Vet C - NIV
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	50%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) S.S. Sorveglianza Malattie Infettive e Vaccinazioni – S.S. SISP Ciriè-Chivasso – S.S. Medicina Sportiva				Direttore: Dott.a Maria Pia ALIBRANDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU	5.2	Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019	1) Invio entro il 31/08/2017 degli inviti alla vaccinazione dei soggetti che risultano, in base all'anagrafe vaccinale dell'Azienda, non in regola con gli obblighi vaccinali 2) Effettuazione entro il 31/12/2017 del primo accesso vaccinale di tutti i soggetti non in regola in età 6-10 anni che hanno dichiarato l'intenzione di vaccinarsi	Rispetto target region = 100% Mancato rispetto target regionale = 0%	SISP	Dirig	RA		31/08/2017 31/12/2017	- SC SISP - Distretti
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	35%		31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)				Direttore: Dott.a Maria Pia ALIBRANDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	35%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

S.S. Unità Valutazione ed Organizzazione Screening (UVOS) Manager Liste d'Attesa				Responsabile: Dott.a Eva ANSELMO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDMMOO</li> <li>- Distretti</li> <li>- Direttori Dip.</li> <li>- Macroaree Osp Territorio</li> <li>- SC Farmacia Ospedaliera</li> <li>- SC Farmacia Territoriale</li> <li>- SC Acq e Gest Log Beni Serv</li> <li>- SS Assistenza Integ. Protesica</li> <li>- Strutture aziendali</li> </ul>
CUP A	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  $< n. 12$ = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	30%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Settore Contr. Gestione</li> <li>- Manager Liste Attesa</li> <li>- DDMMOO</li> <li>- Distretti</li> </ul>
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	20%		31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDMMOO</li> <li>- Distretti</li> <li>- Manager Liste Attesa</li> <li>- SS Qualità</li> <li>- Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali</li> </ul>



**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)				Direttore: Dott.a Margherita CROCE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU	21	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA) come da D.D. 13/04/2017 n. 264	Attuazione delle azioni previste per l'anno 2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA		31/12/2017	- SC SIAN - SC Serv Vet A - SC Serv Vet B - SC Serv Vet C
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	35%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	35%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)				Direttore: Dott.a Margherita CROCE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio di Prevenzione della Salute negli Ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.)				Direttore: Dott. Lauro REVIGLIONE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU	22	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano Locale di Prevenzione	Attuazione delle azioni previste per l'anno 2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA		31/12/2017	- SC SPRESAL - SSD Promoz della salute
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	35%		31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Servizio di Prevenzione della Salute negli Ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.)				Direttore: Dott. Lauro REVIGLIONE						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	35%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio Veterinario Area A				Direttore: Dott. Ignazio VANIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU	21	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA) come da D.D. 13/04/2017 n. 264	Attuazione delle azioni previste per l'anno 2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA		Dirig	- SC SIAN - SC Serv Vet A - SC Serv Vet B - SC Serv Vet C
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	35%		Dirig	Strutture Aziendali

S.C. Servizio Veterinario Area A				Direttore: Dott. Ignazio VANIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzion Traspar	Dirig Comp	35%	20%	Dirig Comp	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	Comp	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio Veterinario Area B				Responsabile: Dott. Giovanni MEZZANO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\%$ $> 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU	21	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA) come da D.D. 13/04/2017 n. 264	Attuazione delle azioni previste per l'anno 2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA		Dirig	- SC SIAN - SC Serv Vet A - SC Serv Vet B - SC Serv Vet C
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	35%		Dirig	Strutture Aziendali

S.C. Servizio Veterinario Area B				Responsabile: Dott. Giovanni MEZZANO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	35%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio Veterinario Area C				Direttore: Dott. Giovanni MEZZANO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
CU	21	Attuazione degli adempimenti previsti dal Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA) come da D.D. 13/04/2017 n. 264	Attuazione delle azioni previste per l'anno 2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA		Dirig	- SC SIAN - SC Serv Vet A - SC Serv Vet B - SC Serv Vet C
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione e Traspar.	Dirig	35%		Dirig	Strutture Aziendali

S.C. Servizio Veterinario Area C				Direttore: Dott. Giovanni MEZZANO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzion Traspar	Dirig Comp	35%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Medicina Legale				Direttore: Dott. Giovanni PRESTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
PA	23	Sviluppo attività autopsie virtuali	Relazione del Direttore della Struttura che evidenzi le azioni intraprese, le criticità riscontrate, gli eventuali correttivi apportati e l'attività svolta.	Dicotomico Si/No	Medicina Legale	Dirig	RA		31/12/2017	- SC Med. Legale
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	35%		31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Medicina Legale				Direttore: Dott. Giovanni PRESTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	35%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Distretto Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott.a Maria Luigia SPACCAPIETRA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	$\frac{\text{Spesa anno 2017}}{\text{Budget assegnato 2017}} = 1$	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gest. Economico Finanziaria	Dirig	10%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  $< n. 12$ = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti

S.C. Distretto Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott.a Maria Luigia SPACCAPIETRA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	2.1	Attivazione delle Case della Salute programmate 1) Redazione di progetto esecutivo con cronoprogramma di attivazione. 2) Redazione del disciplinare tecnico al fine di informatizzare le Case della Salute	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 30%</b> 1) Consegna alla Direzione Strategica del progetto esecutivo con cronoprogramma entro il 31/10/2017  <b>- per Informatico 100%</b> 2) Consegna alla Direzione Strategica del disciplinare tecnico entro il 30/11/2017	Dicotomico SI/NO	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/11/2017	- Distretti - SC Sistemi Informativi
		Progettazione di n. 2 iniziative di formazione, rivolte agli operatori	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 10%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 30%</b> perfezionamento iniziative di formazione / informazione entro il 15/11/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	5%		15/11/2017	- Distretti - SS Formazione (per le iniziative di formazione) - Ufficio Relazioni Esterne (per le iniziative di informazione)
		Progettazione di n. 2 iniziative di informazione rivolte alla cittadinanza Realizzazione di n. 2 iniziative di formazione rivolte agli operatori Realizzazione di n. 2 iniziative di informazione alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 60%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 70%</b> Realizzazione interventi programmati entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	
CU PA	3.2	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Nell'ambito funzionale di committenza e tutela tipica di Direttori di Distretto	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione che illustri le attività necessarie al raggiungimento dei target di performance Regionali, anche alla luce della D.D. 519 del 08/08/2017 e del Piano di Cura	Dicotomico SI/NO	Distretti	Dirig	RA		30/09/2017	Distretti Con la collaboraz. - Coord. CUP- - Manager Liste attesa - DDMMOO - Settore Contr di Gestione - Direttori e Resp Strutture di diagnosi e cura
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per ogni singola prestazione l'indice di performance aziendale deve rispettare lo standard regionale (tabella allegata alla DGR 101-5530 DEL 3/08/2017)	Raggiungimento target regionali = 100% ob.  Mancato raggiungimento - 1/42 del 50% ob. per ogni tempo di prestaz. non raggiunto	-Manager Liste Attesa - Settore Controllo Gestione				31/12/2017	

S.C. Distretto Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott.a Maria Luigia SPACCAPIETRA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriatelyzza prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Distretto Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	- Distretti - Farmacia Territoriale	Dirig	10%		30/09/2017	- Distretti - Farmacia Terr
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob.  - Mancato raggiungim target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob.  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	<b>PUNTO 2</b> (C08 – C08 - C09) - SSCC Cardiolog (N06A) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Distretto Ciriè – Lanzo				Direttore: Dott.a Maria Luigia SPACCAPIETRA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali <b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
EF	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economic Finanziaria	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	- DDMMO - Distretti Personale Amministr - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Distretto Chivasso – San Mauro				Direttore: Dott. Mauro TRIONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	$\frac{\text{Spesa anno 2017}}{\text{Budget assegnato 2017}} = 1$	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	10%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob. $< \text{n. 12}$ = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti

S.C. Distretto Chivasso – San Mauro				Direttore: Dott. Mauro TRIONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	2.1	Attivazione delle Case della Salute programmate 1) Redazione di progetto esecutivo con cronoprogramma di attivazione. 2) Redazione del disciplinare tecnico al fine di informatizzare le Case della Salute	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 30%</b> 1) Consegna alla Direzione Strategica del progetto esecutivo con cronoprogramma entro il 31/10/2017  <b>- per Informatico 100%</b> 2) Consegna alla Direzione Strategica del disciplinare tecnico entro il 30/11/2017	Dicotomico SI/NO	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/11/2017	- Distretti - SC Sistemi Informativi
		Progettazione di n. 2 iniziative di formazione, rivolte agli operatori  Progettazione di n. 2 iniziative di informazione rivolte alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 10%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 30%</b> perfezionamento iniziative di formazione / informazione entro il 15/11/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		15/11/2017	- Distretti - SS Formazione (per le iniziative di formazione) - Ufficio Relazioni Esterne (per le iniziative di informazione)
		Realizzazione di n. 2 iniziative di formazione rivolte agli operatori  Realizzazione di n. 2 iniziative di informazione alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 60%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 70%</b> Realizzazione interventi programmati entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		31/12/2017	
CU PA	3.2	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Nell'ambito funzionale di committenza e tutela tipica di Direttori di Distretto	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione che illustri le attività necessarie al raggiungimento dei target di performance Regionali, anche alla luce della D.D. 519 del 08/08/2017 e del Piano di Cura	Dicotomico SI/NO	Distretti	Dirig	RA		30/09/2017	Distretti Con la collaboraz. - Coord. CUP- - Manager Liste attesa - DDMMOO - Settore Contr di Gestione - Direttori e Resp Strutture di diagnosi e cura
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per ogni singola prestazione l'indice di performance aziendale deve rispettare lo standard regionale (tabella allegata alla DGR 101-5530 DEL 3/08/2017)	Raggiungimento target regionali = 100% ob.  Mancato raggiungimen. - 1/42 del 50% ob. per ogni tempo di prestaz. non raggiunto	-Manager Liste Attesa - Settore Controllo Gestione				31/12/2017	

S.C. Distretto Chivasso – San Mauro				Direttore: Dott. Mauro TRIONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriatelyzza prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Distretto Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	- Distretti - Farmacia Territoriale	Dirig	10%		30/09/2017	- Distretti - Farmacia Terr
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob.  - Mancato raggiungim target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob.  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	<b>PUNTO 2</b> (C08 – C08 - C09) - SSCC Cardiolog (N06A) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspa	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Distretto Chivasso – San Mauro				Direttore: Dott. Mauro TRIONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						
EF	54b	Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economico Finanziaria	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	- DDMMO - Distretti Personale Amministrativo - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Distretto Settimo				Direttore: Dott. Franco VALTORTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	$\frac{\text{Spesa anno 2017}}{\text{Budget assegnato 2017}} = 1$	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	10%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  $< \text{n. 12}$ = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti

S.C. Distretto Settimo				Direttore: Dott. Franco VALTORTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	2.1	Attivazione delle Case della Salute programmate 1) Redazione di progetto esecutivo con cronoprogramma di attivazione. 2) Redazione del disciplinare tecnico al fine di informatizzare le Case della Salute	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 30%</b> 1) Consegna alla Direzione Strategica del progetto esecutivo con cronoprogramma entro il 31/10/2017  <b>- per Informatico 100%</b> 2) Consegna alla Direzione Strategica del disciplinare tecnico entro il 30/11/2017	Dicotomico SI/NO	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/11/2017	- Distretti - SC Sistemi Informativi
		Progettazione di n. 2 iniziative di formazione, rivolte agli operatori  Progettazione di n. 2 iniziative di informazione rivolte alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 10%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 30%</b> perfezionamento iniziative di formazione / informazione entro il 15/11/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		15/11/2017	- Distretti - SS Formazione (per le iniziative di formazione) - Ufficio Relazioni Esterne (per le iniziative di informazione)
		Realizzazione di n. 2 iniziative di formazione rivolte agli operatori  Realizzazione di n. 2 iniziative di informazione alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 60%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 70%</b> Realizzazione interventi programmati entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		31/12/2017	
CU PA	3.2	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Nell'ambito funzionale di committenza e tutela tipica di Direttori di Distretto	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione che illustri le attività necessarie al raggiungimento dei target di performance Regionali, anche alla luce della D.D. 519 del 08/08/2017 e del Piano di Cura	Dicotomico SI/NO	Distretti	Dirig	RA		30/09/2017	Distretti Con la collaboraz. - Coord. CUP- - Manager Liste attesa - DDMMOO - Settore Contr di Gestione
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per ogni singola prestazione l'indice di performance aziendale deve rispettare lo standard regionale (tabella allegata alla DGR 101-5530 DEL 3/08/2017)	Raggiungimento target regionali = 100% ob.  Mancato raggiungimen. - 1/42 del 50% ob. per ogni tempo di prestaz. non raggiunto	-Manager Liste Attesa - Settore Controllo Gestione		31/12/2017	- Direttori e Resp Strutture di diagnosi e cura		

S.C. Distretto Settimo				Direttore: Dott. Franco VALTORTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriata prescrivibilità e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Distretto Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	- Distretti - Farmacia Territoriale	Dirig	10%		30/09/2017	- Distretti - Farmacia Terr
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob.  - Mancato raggiungim target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob.  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	<b>PUNTO 2</b> (C08 – C08 - C09) - SSCC Cardiolog (N06A) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Distretto Settimo				Direttore: Dott. Franco VALTORTA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						
EF	54b	Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economico Finanziaria	Dirig Comp	5%	20%	31/12/2017	- DDMMO - Distretti Personale Amministrativo - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Distretto Ivrea				Direttore: Dott.a Paolina DI BARI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	$\frac{\text{Spesa anno 2017}}{\text{Budget assegnato 2017}} = 1$	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	10%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  $< \text{n. 12}$ = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti

S.C. Distretto Ivrea				Direttore: Dott.a Paolina DI BARI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	2.1	Attivazione delle Case della Salute programmate 1) Redazione di progetto esecutivo con cronoprogramma di attivazione. 2) Redazione del disciplinare tecnico al fine di informatizzare le Case della Salute	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 30%</b> 1) Consegna alla Direzione Strategica del progetto esecutivo con cronoprogramma entro il 31/10/2017  <b>- per Informatico 100%</b> 2) Consegna alla Direzione Strategica del disciplinare tecnico entro il 30/11/2017	Dicotomico SI/NO	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/11/2017	- Distretti - SC Sistemi Informativi
		Progettazione di n. 2 iniziative di formazione, rivolte agli operatori  Progettazione di n. 2 iniziative di informazione rivolte alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 10%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 30%</b> perfezionamento iniziative di formazione / informazione entro il 15/11/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		15/11/2017	- Distretti - SS Formazione (per le iniziative di formazione) - Ufficio Relazioni Esterne (per le iniziative di informazione)
		Realizzazione di n. 2 iniziative di formazione rivolte agli operatori  Realizzazione di n. 2 iniziative di informazione alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 60%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 70%</b> Realizzazione interventi programmati entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		31/12/2017	
CU PA	3.2	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Nell'ambito funzionale di committenza e tutela tipica di Direttori di Distretto	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione che illustri le attività necessarie al raggiungimento dei target di performance Regionali, anche alla luce della D.D. 519 del 08/08/2017 e del Piano di Cura	Dicotomico SI/NO	Distretti	Dirig	RA		30/09/2017	Distretti Con la collaboraz. - Coord. CUP- - Manager Liste attesa - DDMMOO - Settore Contr di Gestione
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per ogni singola prestazione l'indice di performance aziendale deve rispettare lo standard regionale (tabella allegata alla DGR 101-5530 DEL 3/08/2017)	Raggiungimento target regionali = 100% ob.  Mancato raggiungimento - 1/42 del 50% ob. per ogni tempo di prestaz. non raggiunto	-Manager Liste Attesa - Settore Controllo Gestione		31/12/2017	- Direttori e Resp Strutture di diagnosi e cura		

S.C. Distretto Ivrea				Direttore: Dott.a Paolina DI BARI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriata prescrivibilità e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Distretto Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	- Distretti - Farmacia Territoriale	Dirig	10%		30/09/2017	- Distretti - Farmacia Terr
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob.  - Mancato raggiungim target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob.  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	<b>PUNTO 2</b> (C08 – C08 - C09) - SSCC Cardiolog (N06A) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Distretto Ivrea				Direttore: Dott.a Paolina DI BARI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						
EF	54b	Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	5%	20%	31/12/2017	- DDMMO - Distretti Personale Amministrativo - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Distretto Cuorgnè				Direttore: Dott.a Lavinia MORTONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	$\frac{\text{Spesa anno 2017}}{\text{Budget assegnato 2017}} = 1$	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	10%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  $< \text{n. 12}$ = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti

S.C. Distretto Cuorgnè				Direttore: Dott.a Lavinia MORTONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	2.1	Attivazione delle Case della Salute programmate 1) Redazione di progetto esecutivo con cronoprogramma di attivazione. 2) Redazione del disciplinare tecnico al fine di informatizzare le Case della Salute	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 30%</b> 1) Consegna alla Direzione Strategica del progetto esecutivo con cronoprogramma entro il 31/10/2017  <b>- per Informatico 100%</b> 2) Consegna alla Direzione Strategica del disciplinare tecnico entro il 30/11/2017	Dicotomico SI/NO	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/11/2017	- Distretti - SC Sistemi Informativi
		Progettazione di n. 2 iniziative di formazione, rivolte agli operatori  Progettazione di n. 2 iniziative di informazione rivolte alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 10%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 30%</b> perfezionamento iniziative di formazione / informazione entro il 15/11/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		15/11/2017	- Distretti - SS Formazione (per le iniziative di formazione) - Ufficio Relazioni Esterne (per le iniziative di informazione)
		Realizzazione di n. 2 iniziative di formazione rivolte agli operatori  Realizzazione di n. 2 iniziative di informazione alla cittadinanza	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 60%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 70%</b> Realizzazione interventi programmati entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		31/12/2017	
CU PA	3.2	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Nell'ambito funzionale di committenza e tutela tipica di Direttori di Distretto	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione che illustri le attività necessarie al raggiungimento dei target di performance Regionali, anche alla luce della D.D. 519 del 08/08/2017 e del Piano di Cura	Dicotomico SI/NO	Distretti	Dirig	RA		30/09/2017	Distretti Con la collaboraz. - Coord. CUP- - Manager Liste attesa - DDMMOO - Settore Contr di Gestione - Direttori e Resp Strutture di diagnosi e cura
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per ogni singola prestazione l'indice di performance aziendale deve rispettare lo standard regionale (tabella allegata alla DGR 101-5530 DEL 3/08/2017)	Raggiungimento target regionali = 100% ob.  Mancato raggiungimento - 1/42 del 50% ob. per ogni tempo di prestaz. non raggiunto	-Manager Liste Attesa - Settore Controllo Gestione				31/12/2017	

S.C. Distretto Cuornè				Direttore: Dott.a Lavinia MORTONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriatelyzza prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Distretto Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	- Distretti - Farmacia Territoriale	Dirig	10%		30/09/2017	- Distretti - Farmacia Terr
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob.  - Mancato raggiungim target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob.  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	<b>PUNTO 2</b> (C08 – C08 - C09) - SSCC Cardiolog (N06A) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Distretto Cuornè				Direttore: Dott.a Lavinia MORTONI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	5%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						
EF	54b	Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	5%	20%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti Personale Amministrativo - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		50%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

S.C. Farmacia Territoriale				Responsabile: Dott. Abdoulaye DIARASSOUBA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	25%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture Aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	$\frac{\text{Spesa anno 2017}}{\text{Budget assegnato 2017}} = 1$	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	25%		31/12/2017	- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
EF	4.1.1	Assistenza Farmaceutica Territoriale. Appropriatelyzza prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Distretto Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	- Distretti - Farmacia Territoriale	Dirig	RA		30/09/2017	- Distretti - Farmacia Terr
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 5 ATC (A02BC, J01, C07, C08, C09, N06A, R03) in ambito territoriale: spesa 2016 - spesa di riferimento calcolata sul consumo pro capite del best performer	- Raggiungimento target regionali = 100% ob.  - Mancato raggiungim target regionale ma miglioram. rispetto al dato 2016 = 50% ob.  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0% ob.	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	<b>PUNTO 2</b> (C08 - C08 - C09) - SSCC Cardiolog (N06A) - SSCC Neurolog - SSCC Salute Mentale  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione

S.C. Farmacia Territoriale				Responsabile: Dott. Abdoulaye DIARASSOUBA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.3	Riduzione della spesa per Dispositivi Medici	<p><b>Valore indicatore 50 %</b> Riduzione pari ad €. 1.500.000,00, di cui €. 600.000,00 per le voci: - BA0220 - BA0230</p> <p><b>Valore indicatore 50 %</b> 2) Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata (target regionale - tabella allegata alla DGR 101-5530 del 3/08/17)</p>	<p>1) riduzione 1,5 mln = 100% &lt; 1,5 mln ≥ 900ml = 75% &lt; 900.000 ≥ 600ml = 50% &lt; 600.000 = 0%</p> <p>2) rispetto target regionale 100% ob. mancato rispetto 0% ob.</p>	Acq. e Gest. Log. Beni e Servizi	Dirig	25%		31/12/2017	- Farmacia Osp - Acq. e Gest. Log. Beni Serv - SS Assistenza Integrativa e Protesica <b>Solo 4.3.2</b> - Diabetologia - Farmacia Terr.
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	<p>- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016)</p> <p>- Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013)</p> <p>- Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione</p> <p>- Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni</p>	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	25%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		80%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p> <p><b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	--

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Direzione Medica di Presidio Ciriè – Lanzo				Responsabile: Dott. Angelo SCARCELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	Valore indicatore 50% 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ
			Valore indicatore 50% 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob	Controllo di Gestione				31/12/2017	- SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	$\frac{\text{Spesa anno 2017}}{\text{Budget assegnato 2017}} =$	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	5%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	- DD.MM.OO - Distretti - Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Direzione Medica di Presidio Ciriè – Lanzo				Responsabile: Dott. Angelo SCARCELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	<u>Raggiungimento target regionali</u> = 100% ob. <u>Mancato raggiungim.</u> • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  < n. 12 = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 _____ = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	5%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell' Area Chirurgica

S.C. Direzione Medica di Presidio Ciriè – Lanzo				Responsabile: Dott. Angelo SCARCELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso.	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi di attesa 2016 e risultati attesi per il 2017, sulla base dei dati del 1° semestre 2017	Dicotomico SI/NO	DDMMOO MeCAU	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - SC Me.C.A.U.  Con la collaboraz. - Settore Contr di
			<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Rispetto tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso ( $\leq 6$ ore)  <u>(data/ora dimis PS - data/ora acces PS)</u> N° di accessi in PS	Raggiungimento target regionale = 100% ob.  Mancato raggiungimento target regionale ma miglioramento rispetto al 2016, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	- Gestione - Macroarea Ospedale / Territorio
EF	4.1.2	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Presidio. Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	DDMMOO Farmacia Osp	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp. Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
		Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 2 ATC (J01, J02) in ambito ospedaliero: % spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi per richiesta motivata	- Raggiungimento target regionale = 100%  - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioramento .rispetto al dato 2016 = 50%  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0%	DDMMOO Farmacia Osp				31/12/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione

S.C. Direzione Medica di Presidio Ciriè – Lanzo				Responsabile: Dott. Angelo SCARCELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	6.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni  (target regionale: tasso aggiustato > 70%)	N° ricoveri diagnosi frattura collo femore in paziente operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 gg)  N° ricoveri con diagnosi frattura collo femore	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Ortopedia e Traumatologia Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi  (target regionale: tasso grezzo ≥ 85%)	N° episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito un PTCA entro 2 gg  N° di episodi di STEMI	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SC Cardiologia Ciriè/Ivrea Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita  (target regionale: tasso aggiustato ≤ 20%)	N° parti con cesareo primario _____ x 100  N° parti con nessun pregresso cesareo	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non risp/pegg. 0%	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC di Ostetricia e Ginecologia Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica  3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	5%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesia Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicine Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Direzione Medica di Presidio Ciriè – Lanzo				Responsabile: Dott. Angelo SCARCELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	6.6.2	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> Istituzione, in ogni Unità operativa delle strutture ospedaliere, di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati  N° giornate in cui viene garantito colloquio / 250 (gg lavorativi annuali) <b>Almeno 1 ora per ogni giorno feriale</b>	Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.3	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> 1) Nomina di Commissione mista conciliativa come da DPCM 19/05/95 con predisposizione del Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento 2) Riunione Commissione mista conciliativa	Dicotomico Si/No (entro 31/12/2017)  2) almeno 3 anno (entro primo semestre 2018)	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017  30/06/2018	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.4	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 30%</b> Attivazione progetti che assicurino, in un momento successivo alla dimissione, un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatriche, etc.).	Progetti attivati  ≥ a n. 3 = 100% ob. = a n. 2 = 50% ob. < a n. 2 = 0% ob.	Coordinato Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO

S.C. Direzione Medica di Presidio Ciriè – Lanzo				Responsabile: Dott. Angelo SCARCELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	2%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	2%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ciriè – Lanzo				Responsabile: Dott. Angelo SCARCELLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	52b	Istituzione di un centro unificato per i trasporti	Documento attestante l'attivazione del Centro Unificato Trasporti	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	3%		31/12/2017	- Affari Istituzionali - Acq. Gest. Log. Beni e Servizi - DDMMOO
EF	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economico Finanziaria	Dirig Comp	3%	20%	31/12/2017	- DDMMO - Distretti Personale Amministrativo - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		40%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Direzione Medica di Presidio Chivasso				Direttore: Dott. Alessandro GIRARDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob	Controllo di Gestione			31/12/2017	- SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	Spesa anno 2017 _____ = Budget assegnato 2017	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	5%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	- DD.MM.OO - Distretti - Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Direzione Medica di Presidio Chivasso				Direttore: Dott. Alessandro GIRARDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	<u>Raggiungimento target regionali</u> = 100% ob. <u>Mancato raggiungim.</u> • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	31/12/2017					
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  < n. 12 = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 _____ = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	5%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell' Area Chirurgica

S.C. Direzione Medica di Presidio Chivasso				Direttore: Dott. Alessandro GIRARDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso.	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi di attesa 2016 e risultati attesi per il 2017, sulla base dei dati del 1° semestre 2017	Dicotomico SI/NO	DDMMOO MeCAU	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - SC Me.C.A.U.  Con la collaboraz. - Settore Contr di
			<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Rispetto tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso ( $\leq 6$ ore)  <u>(data/ora dimis PS - data/ora acces PS)</u> N° di accessi in PS	Raggiungimento target regionale = 100% ob.  Mancato raggiungimento target regionale ma miglioramento rispetto al 2016, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	- Settore Contr di Gestione - Macroarea Ospedale / Territorio
EF	4.1.2	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Presidio. Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	DDMMOO Farmacia Osp	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp. Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
		Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 2 ATC (J01, J02) in ambito ospedaliero: % spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi per richiesta motivata	- Raggiungimento target regionale = 100%  - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioramento rispetto al dato 2016 = 50%  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0%	DDMMOO Farmacia Osp				31/12/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione

S.C. Direzione Medica di Presidio Chivasso				Direttore: Dott. Alessandro GIRARDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	6.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni  (target regionale: tasso aggiustato > 70%)	N° ricoveri diagnosi frattura collo femore in paziente operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 gg)  N° ricoveri con diagnosi frattura collo femore	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Ortopedia e Traumatologia Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi  (target regionale: tasso grezzo ≥ 85%)	N° episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito un PTCA entro 2 gg  N° di episodi di STEMI	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SC Cardiologia Ciriè/Ivrea Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita  (target regionale: tasso aggiustato ≤ 20%)	N° parti con cesareo primario _____ x 100  N° parti con nessun pregresso cesareo	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non risp/pegg. 0%	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC di Ostetricia e Ginecologia Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica  3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	5%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesi Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicine Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Direzione Medica di Presidio Chivasso				Direttore: Dott. Alessandro GIRARDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	6.6.2	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> Istituzione, in ogni Unità operativa delle strutture ospedaliere, di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati  N° giornate in cui viene garantito colloquio / 250 (gg lavorativi annuali) <b>Almeno 1 ora per ogni giorno feriale</b>	Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.3	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> 1) Nomina di Commissione mista conciliativa come da DPCM 19/05/95 con predisposizione del Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento 2) Riunione Commissione mista conciliativa	Dicotomico Si/No (entro 31/12/2017)  2) almeno 3 anno (entro primo semestre 2018)	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017  30/06/2018	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.4	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 30%</b> Attivazione progetti che assicurino, in un momento successivo alla dimissione, un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatriche, etc.).	Progetti attivati  ≥ a n. 3 = 100% ob. = a n. 2 = 50% ob. < a n. 2 = 0% ob.	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO

S.C. Direzione Medica di Presidio Chivasso				Direttore: Dott. Alessandro GIRARDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	2%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	2%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						

S.C. Direzione Medica di Presidio Chivasso				Direttore: Dott. Alessandro GIRARDI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	52b	Istituzione di un centro unificato per i trasporti	Documento attestante l'attivazione del Centro Unificato Trasporti	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	3%		31/12/2017	- Affari Istituzionali - Acq. Gest. Log. Beni e Servizi - DDMMOO
EF	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione  2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100%  2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economico Finanziaria	Dirig Comp	3%	20%	31/12/2017	- DDMMO - Distretti Personale Amministrativo - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		40%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ivrea - Cuorgnè				Direttore: Dott.a Maria Cristina BOSCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob	Controllo di Gestione			31/12/2017		
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	Spesa anno 2017 _____ = Budget assegnato 2017	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	5%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%		31/12/2017	- DD.MM.OO - Distretti - Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ivrea - Cuorgnè				Direttore: Dott.a Maria Cristina BOSCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.1	Miglioramento dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri Rispetto per almeno il 90% dei casi del tempo massimo previsto dal codice, come individuato dalla Regione: - Codice di priorità A - max 30 giorni - Codice di priorità B - max 60 giorni	<b>Valore indicatore 30%</b> Relazione fattibilità e cronoprogramma a isorisorse, comprensivo di fotografia delle liste d'attesa per Struttura Complessa entro il 30/09/2017	Dicotomico Si/No	DDMMOO Direttori Dipart.	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dipartimento - SSCC Cardiologie - SSCC Chirurgie - SC Urologia - SSCC Ostetr. - SSCC Ortop.
			<b>Valore indicatore 70%</b> 1) <u>N° interventi effettuati entro 30gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  2) <u>N° interventi effettuati entro 60gg</u> N° totale interventi effettuati 2017  Target regionale richiesto $\geq 90\%$ per singola tipologia di intervento	<u>Raggiungimento target regionali</u> = 100% ob. <u>Mancato raggiungim.</u> • per DDMMOO: - 1/12 del 70% ob. per ogni tipologia non raggiunta • per Strutture: - con relazione motivata e approvata dalla Direz. Strategica = 20% ob. - senza relazione o con relazione non approvata = 0% ob.	DDMMOO Direttori Dipart.				31/12/2017	
CU PA	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  < n. 12 = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig	5%		31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti
PA	10	Collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio e le Strutture del Dipartimento di Area Chirurgica per l'aumento del valore della produzione chirurgica grazie ad un maggior utilizzo delle sale e con lo sviluppo della chirurgia minore presso tutte le sedi Aziendali	Produzione chirurgica 2017 _____ = > 1 Produzione chirurgica 2016	> 1 = 100% ob. = 1 = 30% ob. < 1 = 0% ob.	SSCC Anestesia	Dirig	5%		31/12/2017	- SSCC di Anestesia e Rianimazione  In collaborazione con le DDMMOO e le SSCC dell' Area Chirurgica

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ivrea - Cuorgnè				Direttore: Dott.a Maria Cristina BOSCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	3.3	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso.	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi di attesa 2016 e risultati attesi per il 2017, sulla base dei dati del 1° semestre 2017	Dicotomico SI/NO	DDMMOO MeCAU	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - SC Me.C.A.U.  Con la collaboraz. - Settore Contr di
			<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Rispetto tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso ( $\leq 6$ ore)  <u>(data/ora dimis PS - data/ora acces PS)</u> N° di accessi in PS	Raggiungimento target regionale = 100% ob.  Mancato raggiungimento target regionale ma miglioramento rispetto al 2016, il grado di raggiungimento è riconosciuto applicando una funzione lineare	Settore Controllo di Gestione				31/12/2017	- Settore Contr di Gestione - Macroarea Ospedale / Territorio
EF	4.1.2	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Presidio. Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	DDMMOO Farmacia Osp	Dirig	5%		30/09/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp. Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
		Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 2 ATC (J01, J02) in ambito ospedaliero: % spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi per richiesta motivata	- Raggiungimento target regionale = 100%  - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioramento .rispetto al dato 2016 = 50%  - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0%	DDMMOO Farmacia Osp				31/12/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ivrea - Cuorgnè				Direttore: Dott.a Maria Cristina BOSCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU	6.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni  (target regionale: tasso aggiustato > 70%)	N° ricoveri diagnosi frattura collo femore in paziente operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di ricovero ≤ 2 gg)  N° ricoveri con diagnosi frattura collo femore	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Ortopedia e Traumatologia Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi  (target regionale: tasso grezzo ≥ 85%)	N° episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito un PTCA entro 2 gg  N° di episodi di STEMI	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SC Cardiologia Ciriè/Ivrea Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita  (target regionale: tasso aggiustato ≤ 20%)	N° parti con cesareo primario _____ x 100  N° parti con nessun pregresso cesareo	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non risp/pegg. 0%	Settore Controllo di Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- DDMMOO - SSCC di Ostetricia e Ginecologia Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
PA	6.5	Donazioni d'organo	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Relazione con analisi tempi 2016 e risultati attesi 2017, sulla base dei dati del primo semestre 2017  <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Segnalazione tra il 20 ed il 40% di soggetti in Morte Encefalica  3) Esecuzione prelievi di cornea: - PO Ciriè almeno n. 10 - PO Chivasso almeno n. 9 - PO Ivrea almeno n. 15	1) Dicotomico Si/No  2-3) - Raggiungim. target reg. 100% - Non rispetto target reg. 0%	Direzioni Mediche di Presidio	Dirig	5%		30/09/2017  31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Anestesi Rianimazioni - SC MeCAU - SSCC Medicine Generali - SSCC Neurolog - SSCC Nefrolog - SSCC Cardiolog - Oculistica

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ivrea - Cuornè				Direttore: Dott.a Maria Cristina BOSCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	6.6.2	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	<b>Valore indicatore 20%</b> Istituzione, in ogni Unità operativa delle strutture ospedaliere, di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati  N° giornate in cui viene garantito colloquio / 250 (gg lavorativi annuali) <b>Almeno 1 ora per ogni giorno feriale</b>	Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.3	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	<b>Valore indicatore 20%</b> 1) Nomina di Commissione mista conciliativa come da DPCM 19/05/95 con predisposizione del Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento 2) Riunione Commissione mista conciliativa	Dicotomico Si/No (entro 31/12/2017)  2) almeno 3 anno (entro primo semestre 2018)	Coordinat Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017  30/06/2018	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.4	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	<b>Valore indicatore 30%</b> Attivazione progetti che assicurino, in un momento successivo alla dimissione, un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatriche, etc.).	Progetti attivati  ≥ a n. 3 = 100% ob. = a n. 2 = 50% ob. < a n. 2 = 0% ob.	Coordinato re Equipe Locale	Dirig	5%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ivrea - Cuorgnè				Direttore: Dott.a Maria Cristina BOSCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	5%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	2%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	2%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig	5%		31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						

S.C. Direzione Medica Ospedaliera Ivrea - Cuorgnè				Direttore: Dott.a Maria Cristina BOSCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	52b	Istituzione di un centro unificato per i trasporti	Documento attestante l'attivazione del Centro Unificato Trasporti	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	3%		31/12/2017	- Affari Istituzionali - Acq. Gest. Log. Beni e Servizi - DDMMOO
EF	54b	CASSE ROSSE Caricamento, attraverso gli operatori delle Strutture interessate, su procedura Trakcare del collegamento prenotazione - prestazione / pagamento ticket	1) Collegamento effettuato entro il mese successivo alla prestazione 2) <u>N. invio mensile</u> ritorni errati	1) 100% 2) ritorni errati minori del 10% degli invii	Gestione Economico Finanziaria	Dirig Comp	3%	20%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti Personale Amministrativo - DDMMOO - Distretti - Reparti/Servizi
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		40%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S. Dietetica e Nutrizione Clinica				Responsabile: Dott.a Lilia GAVASSA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSSC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	≥ 5% = 100% ob. < 5% ≥ 3% = 80% ob. < 3% ≥ 2% = 50% ob. < 2% ≥ 1% = 10% ob. < 1% = 0% ob	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	≥ 2% = 100% ob. < 2% > 1% = 75% ob. = 1% = 50% ob. < 1% = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	40%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	30%		31/12/2017	Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA	44.2	Adempimenti in materia di anticorruzione Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	30%	30%	31/12/2017	Tutte le Strutture aziendali

S.S. Dietetica e Nutrizione Clinica				Responsabile: Dott.a Lilia GAVASSA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati, nel caso in cui intervengano diverse disposizioni nazionali / regionali

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Farmacia Ospedaliera				Responsabile: Dott.a Elena ZINETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	15%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	Spesa anno 2017 _____ = Budget assegnato 2017	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig	15%			- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi

S.C. Farmacia Ospedaliera				Responsabile: Dott.a Elena ZINETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	4.1.2	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Analisi stato dell'arte per Presidio. Relazione programma operativo per allinearsi al target regionale	Dicotomico Si/No	DDMMOO Farmacia Osp	Dirig	RA		30/09/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp. Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
		Assistenza Farmaceutica Ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Per le 2 ATC (J01, J02) in ambito ospedaliero: % spesa in ambito ospedaliero dei principi attivi per richiesta motivata	- Raggiungimento target regionale = 100% - Mancato raggiungim. target regionale ma miglioramento .rispetto al dato 2016 = 50% - Peggioramento rispetto dato 2016 = 0%	DDMMOO Farmacia Osp				31/12/2017	- DDMMOO - Farmacia Osp  Con la collaboraz del Settore Controllo di Gestione
PA	4.2	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: • B.1.A.3.1. (dispositivi medici) • B.1.A.3.2. (dispositivi medici impiantabili attivi)	Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico Flusso consumi DMRP 2017 <u>esclusa CND W-Disp Med-diagn vitro</u> CE 2016 (Voci B.1.A.3.1.+B.1.A.3.2.)  (target regionale: spesa aziendale rilevata da DMRP per l'anno 2017 compresa tra il 90 ed il 110 percento del valore rilevato)	- Rispetto target regionale = 100% ob.  - Mancato rispetto target reg. = 0% ob.	Sett Contr Gestione  SC Gest. Econ. Fin	Dirig	15%		31/12/2017	- SC Sistemi Informativi - Farmacia Osp - Acq. e Gest. Log. Beni Serv  In collaborazione con la SC Gest. Econ-Finanziaria
EF	4.3	Riduzione della spesa per Dispositivi Medici	<b>Valore indicatore 50%</b> Riduzione pari ad €. 1.500.000,00, di cui €. 600.000,00 per le voci: - BA0220 - BA0230 <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata (target regionale - tabella allegata alla DGR 101-5530 del 3/08/17)	1) riduzione 1,5 mln = 100% < 1,5 mln ≥ 900ml = 75% < 900.000 ≥ 600ml = 50% < 600.000 = 0%  2) rispetto target region 100% ob. mancato rispetto 0% ob.	Acq. e Gest. Log. Beni e Servizi	Dirig	15%		31/12/2017	- Farmacia Osp - Acq. e Gest. Log. Beni Serv - SS Assistenza Integrativa e Protesica <b>Solo 4.3.2</b> - Diabetologia - Farmacia Terr.

S.C. Farmacia Ospedaliera				Responsabile: Dott.a Elena ZINETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	10%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	10%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		60%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____ <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

## A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S. Medico Competente				Responsabile: Dott. Raimondo CAVALLO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	25	Creazione banca dati biostatistici. Gestione dati e proposta di programma di interventi adeguati, specifici per la tutela della salute nei luoghi di lavoro	- Presenza Banca dati - Proposta programma interventi	Dicotomico Si/No	- Med Comp - Serv Prev. Prot.	Dirig	RA + 30%		31/12/2017	- Medico Comp - Serv. Prev Prot
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	30%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	40%	30%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

Data \_\_\_\_\_

Firma Direttore/Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_

Data **11 settembre 2017**

Firma Direttore Generale **(in originale firmato)**

Ufficio Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione				Responsabile: Geom. Roberto BALBO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	25	Creazione banca dati biostatistici. Gestione dati e proposta di programma di interventi adeguati, specifici per la tutela della salute nei luoghi di lavoro	- Presenza Banca dati - Proposta programma interventi	Dicotomico Si/No	- Med Comp - Serv Prev Prot.	Comp		30%	31/12/2017	- Medico Comp - Serv. Prev Prot
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Comp		20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Comp		20%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Ufficio Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione				Responsabile: Geom. Roberto BALBO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
Ivrs	63	Attivazione corsi obbligatori ai sensi Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8, novembre 2007 e smi	- Produzione programma entro il 30/11/2017 - Attivazione 1° revisione entro 31/01/2018	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		30%	30/11/2017 31/01/2018	- SC Gestione Rischio Clinico - Servizio Preven. Protezione - SS Formazione - Referente Percorsi Formativi Trasvers

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

Ufficio Relazioni Esterne				Responsabile: Dott.a Tiziana GUIDETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	2.1	Progettazione di n. 2 iniziative di formazione, rivolte agli operatori	<b>Valore indicatore</b> - per Distretti <b>10%</b> - per Formaz - Uff. Rel. Ester. <b>30%</b> perfezionamento iniziative di formazione / informazione entro il 15/11/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		10%	15/11/2017	- Distretti - Formazione (per le iniziative di formazione) - Uff. Relaz. Esterne (per le iniziative di Informazione)
		Realizzazione di n. 2 iniziative di formazione rivolte agli operatori							<b>Valore indicatore</b> - per Distretti <b>60%</b> - per Formaz - Uff. Rel. Ester. <b>70%</b> Realizzazione interventi programmati entro il 31/12/2017	
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Comp		15%		31/12/2017
CU PA	6.6.2	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> Istituzione, in ogni Unità operativa delle strutture ospedaliere, di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati  N° giornate in cui viene garantito colloquio / 250 (gg lavorativi annuali) <b>Almeno 1 ora per ogni giorno feriale</b>	Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Comp		15%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO

Ufficio Relazioni Esterne				Responsabile: Dott.a Tiziana GUIDETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.3	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> 1) Nomina di Commissione mista conciliativa come da DPCM 19/05/95 con predisposizione del Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento 2) Riunione Commissione mista conciliativa	Dicotomico Si/No (entro 31/12/2017)  2) almeno 3 anno (entro primo semestre 2018)	Coordinatore Equipe Locale	Comp		15%	31/12/2017  30/06/2018	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.4	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 30%</b> Attivazione progetti che assicurino, in un momento successivo alla dimissione, un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatrici, etc.).	Progetti attivati  ≥ a n. 3 = 100% ob. = a n. 2 = 50% ob. < a n. 2 = 0% ob.	Coordinatore Equipe Locale	Comp		15%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Ufficio Relazioni Esterne				Responsabile: Dott.a Tiziana GUIDETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

Ufficio Ingegneria Clinica				Referente: I.P. MASOERO Pierangelo						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Comp		20%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA Ivrs	27	27.1 Modellizzazione griglia per definire priorità interventi innovativi / sostitutivi / manutentivi del parco tecnologico sanitario entro il 31/10/2017	Presenza griglia entro il 31/10/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		25%	31/10/2017	Ufficio Ingegneria Clinica
		27.2 Produzione programma innovativo / sostitutivo / manutentivo parco tecnologico sulla base della modellizzazione per il 2018 entro il 31/12/2017	Presenza programma entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No		Comp		25%	31/12/2017	
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Ufficio Ingegneria Clinica				Referente: I.P. MASOERO Pierangelo						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____ <b>Firma Referente dell'Ufficio</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Gestione Rischio Clinico				Direttore: Vincenza PALERMO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig	20%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU	28	28.1 Predisposizione corso FAD per illustrazione novità contenute nella Legge Gelli-Bianco	Documento che attesti l'avvenuta predisposizione del corso FAD	Dicotomico Si/No	Gestione Rischio Clinico	Dirig	25%		31/10/2017	SC Gestione Rischio Clinico
		28.2 Attivazione corso FAD Legge Gelli-Bianco entro il 31/12/2017	Corso FAD attivato sul portale della Formazione Aziendale	Dicotomico Si/No			25%	31/12/2017		
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	15%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
Ivrs	63	Attivazione corsi obbligatori ai sensi Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8, novembre 2007 e smi	- Produzione programma entro il 30/11/2017 - Attivazione 1° revisione entro 31/01/2018	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		30/11/2017 31/01/2018	- SC Gestione Rischio Clinico - Servizio Preven. Protezione - SS Formazione - Referente Percorsi Formativi Trasvers

S.C. Gestione Rischio Clinico				Direttore: Vincenza PALERMO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	66	Prevenire il rischio clinico connesso all'attività espletata nel laboratorio Galenico - oncologico	Messa in atto dell'attività di consulenza da parte della S.C. Gestione del rischio clinico a favore del laboratorio Galenico - oncologico	Dicotomico Si/No Relazione del Resp. del Laboratorio Galenico - oncologico comprovante l'avvenuta collaborazione con evidenza della valenza positiva apportata dalla S.C. Gestione Rischio Clinico	Responsab. Laboratorio Galenico oncologico	Dir Comp	15%	20%	31/12/2017	SC Gestione Rischio Clinico
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		60%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data</b> <u>11 settembre 2017</u> <b>Firma Direttore Generale</b> <u>(in originale firmato)</u>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Gestione Contenzioso Medico-Legale				Responsabile: Dott. Antonio PETRACHI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	29	29.1 Redazione, gestione e aggiornamento file delle richieste di risarcimento a vario titolo	Presenza attivazione file richiesto	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA		31/10/2017 31/12/2017	SS Contenzioso Medico-Legale
		29.2 Invio trimestrale del report alla Direzione Strategica e alla S.C. Gestione Economico-Fianziaria	Almeno un invio entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No						
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	100%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

Responsabili Macroaree Ospedale - Territorio Referente percorso di continuità assistenziali Ospedali - Territorio				Responsabili: <b>Dott.a Nella BRICCO</b> <b>Dott.a Flavia CARDILLO</b> <b>Dott.a Mirella FONTANA</b> <b>Dott.a Clara OCCHIENA</b> <b>Dott.a Eleonora ALOI</b>						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		15%	30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSCC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Comp		15%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica

Responsabili Macroaree Ospedale - Territorio Referente percorso di continuità assistenziali Ospedali - Territorio				Responsabili: <b>Dott.a Nella BRICCO</b> <b>Dott.a Flavia CARDILLO</b> <b>Dott.a Mirella FONTANA</b> <b>Dott.a Clara OCCHIENA</b> <b>Dott.a Eleonora ALOI</b>						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Comp		15%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	6.6.2	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> Istituzione, in ogni Unità operativa delle strutture ospedaliere, di un luogo/orario predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati  N° giornate in cui viene garantito colloquio / 250 (gg lavorativi annuali) <b>Almeno 1 ora per ogni giorno feriale</b>	Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Comp		10%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
CU PA	6.6.3	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 20%</b> 1) Nomina di Commissione mista conciliativa come da DPCM 19/05/95 con predisposizione del Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento 2) Riunione Commissione mista conciliativa	Dicotomico Si/No (entro 31/12/2017)  2) almeno 3 anno (entro primo semestre 2018)	Coordinat Equipe Locale	Comp		15%	31/12/2017  30/06/2018	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO

Responsabili Macroaree Ospedale - Territorio Referente percorso di continuità assistenziali Ospedali - Territorio				Responsabili: <b>Dott.a Nella BRICCO</b> <b>Dott.a Flavia CARDILLO</b> <b>Dott.a Mirella FONTANA</b> <b>Dott.a Clara OCCHIENA</b> <b>Dott.a Eleonora ALOI</b>						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.4	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	<b>Valore indicatore 30%</b> Attivazione progetti che assicurino, in un momento successivo alla dimissione, un sostegno al paziente/famigliari utili al recupero delle capacità funzionali ed al miglioramento della qualità della vita, con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, Parkinson, psichiatriche, etc.).	Progetti attivati  ≥ a n. 3 = 100% ob. = a n. 2 = 50% ob. < a n. 2 = 0% ob.	Coordinat Equipe Locale	Comp		15%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO
Ivrs	63	Attivazione corsi obbligatori ai sensi Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8, novembre 2007 e smi	- Produzione programma entro il 30/11/2017 - Attivazione 1° revisione entro 31/01/2018	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		15%	30/11/2017 31/01/2018	- SC Gestione Rischio Clinico - Servizio Preven. Protezione - SS Formazione - Referente Percorsi Formativi Trasvers

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati, nel caso in cui intervengano diverse disposizioni nazionali / regionali

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Responsabili delle Strutture</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Formazione e Laurea Infermieristica				Referenti: Dott. Salvatore DI GIOIA Dott.a Giovanna ROBIGLIO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	2.1	Progettazione di n. 2 iniziative di formazione, rivolte agli operatori	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 10%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 30%</b>	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		15%	15/11/2017	- Distretti - Formazione (per le iniziative di formazione) - Uff. Relaz. Esterne (per le iniziative di Informazione)
		Progettazione di n. 2 iniziative di informazione rivolte alla cittadinanza	perfezionamento iniziative di formazione / informazione entro il 15/11/2017							
CU PA	6.6.1	Realizzazione di n. 2 iniziative di formazione rivolte agli operatori	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 60%</b> <b>- per Formaz - Uff. Rel. Ester. 70%</b>	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		15%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
		Realizzazione di n. 2 iniziative di informazione alla cittadinanza	Realizzazione interventi programmati entro il 31/12/2017							
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Comp		10%	31/12/2017	
Ivrs	30	Nell'ambito della sua funzione di produttore di eventi formativi, la Struttura deve concordare con la Direzione Strategica (committenza) il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2018 entro il 31/01/2018	Presenza Piano Formativo 2018 entro il 31/01/2018	Dicotomico Si/No	Formaz	Comp		15%	31/01/2018	SS Formazione e Lauree Infermieristiche
Ivrs	31	Collaborazione con la Direzione Strategica per la realizzazione di iniziative formative coinvolgenti il Personale dell'ASL TO4 e gli studenti del Corso di Laurea. Proposta dei temi entro il 31/12/2017	Presenza proposta entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		15%	31/12/2017	SS Formazione e Lauree Infermieristiche

S.S. Formazione e Laurea Infermieristica				Referenti: Dott. Salvatore DI GIOIA Dott.a Giovanna ROBIGLIO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
Ivrs	63	Attivazione corsi obbligatori ai sensi Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8, novembre 2007 e smi	- Produzione programma entro il 30/11/2017 - Attivazione 1° revisione entro 31/01/2018	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		10%	30/11/2017 31/01/2018	- SC Gestione Rischio Clinico - Servizio Preven. Protezione - SS Formazione - Referente Percorsi Formativi Trasvers

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p>Data _____</p> <p>Firma Referenti della Struttura _____</p>	<p>Data <b>11 settembre 2017</b></p> <p>Firma Direttore Generale <b><u>(in originale firmato)</u></b></p>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Prevenzione, Sorveglianza e Controllo I.C.A				Responsabile: Dott. Francesco ARNOLETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	32	Attuazione del programma di sviluppo e monitoraggio del sistema di "Indicatori" per il Programma di Prevenzione del Rischio Infettivo per l'anno 2017	Prima rilevazione per singolo "Indicatore" entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig Comp	RA + 60%	20%	31/12/2017	SS Prevenzione, Sorveglianza e Controllo ICA
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	40%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		60%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Psicologia della Salute degli Adulti				Responsabile: Dott.a Silvana FACCIO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig	30%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente - Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	33	Analisi e valutazione dell'attività erogata con riferimento alla domanda e sviluppo di azioni, in isorisorse, tendenti alla risposta in tempi uniformi presso le diverse sedi operative aziendali	Relazione del Responsabile della Struttura con evidenza delle azioni effettuate e dei dati relativi ai tempi di attesa 2016/2017 sulle diverse sedi aziendali	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	30%		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - SS Psicologia Salute Età evolutiva
CU PA	34	Avvio attività di cui alla DGR 20 aprile 2017, n. 31-4912	Relazione dei Responsabili delle Strutture con evidenza delle azioni effettuate al fine dell'avvio dell'attività di cui alla DGR 31-4912 e stato dell'arte al 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - SS Psicologia Salute Età evolutiva
CU PA	35	Definizione protocolli aziendale con le Strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze, al fine di garantire una continuità assistenziale	Presenza di protocolli aziendali	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	20%		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - DSM - Dipart. Dipend
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>
<b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Firma Direttore Generale (<u>in originale firmato</u>)</b>

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Psicologia della Salute in Età Evolutiva				Responsabile: Dott. Ugo SALVARANI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig	35%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenzale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
CU PA	33	Analisi e valutazione dell'attività erogata con riferimento alla domanda e sviluppo di azioni, in isorisorse, tendenti alla risposta in tempi uniformi presso le diverse sedi operative aziendali	Relazione del Responsabile della Struttura con evidenza delle azioni effettuate e dei dati relativi ai tempi di attesa 2016/2017 sulle diverse sedi aziendali	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	40%		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - SS Psicologia Salute Età evolutiva
CU PA	34	Avvio attività di cui alla DGR 20 aprile 2017, n. 31-4912	Relazione dei Responsabili delle Strutture con evidenza delle azioni effettuate al fine dell'avvio dell'attività di cui alla DGR 31-4912 e stato dell'arte al 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Dirig	RA		31/12/2017	- SS Psicologia Salute Adulti - SS Psicologia Salute Età evolutiva
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	25%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. U.O.C.P.				Responsabile: Dott. Giovanni BERSANO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CUP A	36	D.P.C.M. 12/01/2017 - artt. 22 e 23 "Cure domiciliari" e "Cure palliative domiciliari Predisposizione congiunta tra tutte le Strutture interessate (SS.SS. Cure Domiciliari - S.S. U.O.C.P.) di un modello di classificazione per la presa in carico, strutturato ai sensi degli artt. 22 e 23 del D.P.C.M. 12/01/2017	1) Redazione modello e invio alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017  2) Attivazione sperimentale modello integrato ADI e Cure palliative entro il 31/03/2018	1) Modello inviato entro il 31/12/2017  2) Modello attivato entro 31/03/2018	Direzione Strategica	Dirig	RA+ 40%		31/12/2017  31/03/2018	- SS UOCP - SS Cure Dom Ciriè-Lanzo - SS Cure Dom Chivasso-Settimo-San Mauro - Cure Dom Ivrea-Cuornè
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	60%	30%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<p><b>Data</b> _____</p> <p><b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____</p>	<p><b>Data <u>11 settembre 2017</u></b></p> <p><b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b></p>
---	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Cure Domiciliari Ciriè-Lanzo				Responsabile: Dott. Ferdinando DI MASO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CUP A	36	D.P.C.M. 12/01/2017 - artt. 22 e 23 "Cure domiciliari" e "Cure palliative domiciliari Predisposizione congiunta tra tutte le Strutture interessate (SS.SS. Cure Domiciliari - S.S. U.O.C.P.) di un modello di classificazione per la presa in carico, strutturato ai sensi degli artt. 22 e 23 del D.P.C.M. 12/01/2017	1) Redazione modello e invio alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017  2) Attivazione sperimentale modello integrato ADI e Cure palliative entro il 31/03/2018	1) Modello inviato entro il 31/12/2017  2) Modello attivato entro 31/03/2018	Direzione Strategica	Dirig	RA+ 40%		31/12/2017  31/03/2018	- SS UOCP - SS Cure Dom Ciriè-Lanzo - SS Cure Dom Chivasso-Settimo-San Mauro - Cure Dom Ivrea-Cuorgnè
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	60%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Cure Domiciliari Chivasso – Settimo – San Mauro				Responsabile: Dott.a Carla BENA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CUP A	36	D.P.C.M. 12/01/2017 - artt. 22 e 23 "Cure domiciliari" e "Cure palliative domiciliari Predisposizione congiunta tra tutte le Strutture interessate (SS.SS. Cure Domiciliari - S.S. U.O.C.P.) di un modello di classificazione per la presa in carico, strutturato ai sensi degli artt. 22 e 23 del D.P.C.M. 12/01/2017	1) Redazione modello e invio alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017  2) Attivazione sperimentale modello integrato ADI e Cure palliative entro il 31/03/2018	1) Modello inviato entro il 31/12/2017  2) Modello attivato entro 31/03/2018	Direzione Strategica	Dirig	RA+ 40%		31/12/2017  31/03/2018	- SS UOCP - SS Cure Dom Ciriè-Lanzo - SS Cure Dom Chivasso-Settimo-San Mauro - Cure Dom Ivrea-Cuorgnè
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	60%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Cure Domiciliari Ivrea-Cuorgnè				Responsabile: Dott. Carlo BONO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CUP A	36	D.P.C.M. 12/01/2017 - artt. 22 e 23 "Cure domiciliari" e "Cure palliative domiciliari Predisposizione congiunta tra tutte le Strutture interessate (SS.SS. Cure Domiciliari - S.S. U.O.C.P.) di un modello di classificazione per la presa in carico, strutturato ai sensi degli artt. 22 e 23 del D.P.C.M. 12/01/2017	1) Redazione modello e invio alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017  2) Attivazione sperimentale modello integrato ADI e Cure palliative entro il 31/03/2018	1) Modello inviato entro il 31/12/2017  2) Modello attivato entro 31/03/2018	Direzione Strategica	Dirig	RA+ 40%		31/12/2017  31/03/2018	- SS UOCP - SS Cure Dom Ciriè-Lanzo - SS Cure Dom Chivasso-Settimo-San Mauro - Cure Dom Ivrea-Cuorgnè
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	60%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____  <b>Firma del Coordinatore della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.S. Assistenza Primaria				Responsabile: Dott.a Valeria MINA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	37	Redazione manuale di tutte le Procedure operative gestite dalla Struttura con il supporto metodologico della S.S. Qualità	Consegna del manuale entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	RA+ 40%		31/12/2017	- SS Assistenza Primaria - SS Qualità
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig	60%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.S. Assistenza Integrativa e Protetica				Responsabile: Dott.a Teresa Fernanda CUZZUPI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	30%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protetica - Strutture Aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	Spesa anno 2017 _____ = Budget assegnato 2017	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economica Finanziaria	Dirig	RA		31/12/2017	- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
EF	4.3	Riduzione della spesa per Dispositivi Medici	<b>Valore indicatore 50%</b> Riduzione pari ad €. 1.500.000,00, di cui €. 600.000,00 per le voci: - BA0220 - BA0230 <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata (target regionale - tabella allegata alla DGR 101-5530 del 3/08/17)	1) riduzione 1,5 mln = 100% $< 1,5 \text{ mln} \geq 900\text{ml}$ = 75% $< 900.000 \geq 600\text{ml}$ = 50% $< 600.000$ = 0% 2) rispetto target region 100% ob. mancato rispetto 0% ob.	Acq. e Gest. Log. Beni e Servizi	Dirig	30%		31/12/2017	- Farmacia Osp - Acq. e Gest. Log. Beni Serv - SS Assistenza Integrativa e Protetica <b>Solo 4.3.2</b> - Diabetologia - Farmacia Terr.

S.S. Assistenza Integrativa e protesica				Responsabile: Dott.a Teresa Fernanda CUZZUPI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig	20%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	30%	31/12/2017	Strutture Aziendali
COL	65	Collaborazione del personale del Comparto alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura	Relazione del Direttore / Responsabile della Struttura	Dicotomico Si/No	Strutture coinvolte	Comp		70%	31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi

<b>Data</b> _____ <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b> <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

Nuclei NCRE NCI Aziendali				Coordinatore Lavori: <b>Dott. Giuseppe GULINO</b>						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	24	Verifica campionaria corretta codificazione SDO	Relazione che evidenzi le eventuali criticità emerse e i possibili correttivi da apportare	Dicotomico Si/No	Relazione Coordinatore	Dirig	RA + 30%		31/12/2017	Nuclei NCRE NCI Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzion Traspar	Dirig	70%		31/12/2017	Strutture Aziendali

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma del Coordinatore Lavori Commissioni</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
---	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Affari Istituzionali – Legali - C.N.U. S.S. Legale e Assicurazioni S.S. Gestione Amministrativa rapporti con Strutture accreditate e Convenzionali e con Organismi per trasporti sanitari)				Direttore: Dott.a Gabriella CHIAPETTO Responsabili S.S.: Dott.a Ester BRAGADIN Dott.a Celestina GALETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
<b>Settore Affari Istituzionali</b>										
PA Ivrs	50	Gestione documentale informatizzata. Dematerializzazione delle delibere e delle determine	Relazione a cura dei Direttori delle Strutture coinvolte	Dicotomico SI/NO	- Affari Istituz. - Serv. Inf.	Dirig Comp	RA + 25%	25%	30/11/2017	- S.C. Affari Istituz Legale – C.N.U. - Servizio Informatico
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	25%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	25%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	25%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Affari Istituzionali – Legali - C.N.U. S.S. Legale e Assicurazioni S.S. Gestione Amministrativa rapporti con Strutture accreditate e Convenzionali e con Organismi per trasporti sanitari)				Direttore: Dott.a Gabriella CHIAPETTO Responsabili S.S.: Dott.a Ester BRAGADIN Dott.a Celestina GALETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte rilevaz	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
<b>Settore C.N.U.</b>										
PA	53	Continuazione monitoraggio della spesa per singole voci stipendiali. Tale monitoraggio consente: - di effettuare previsioni di spesa più precise per i singoli settori interessati (assistenza primaria, PLS, specialistica ambulatoriale, continuità assistenziale, ecc.) - di controllare, nell'anno, l'andamento delle singole voci di spesa (es: ADP, psicoterapia, straordinari, prestazioni di particolare impegno) - di fornire gli elementi per un'analisi comparativa della spesa (complessiva o dettagliata per singole voci stipendiali) fra i vari Distretti o fra i vari medici/professionisti	Tabelle di rilevazione mensili della spesa	Dicotomico SI/NO	Relaz. Respon della Strutt	Comp		25%	31/12/2017	S.C. Affari Istituzionali Legale – C.N.U.
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruz Trasp	Comp		25%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruz Trasp	Comp		25%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruz Trasp	Comp		25%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Affari Istituzionali – Legali - C.N.U. S.S. Legale e Assicurazioni S.S. Gestione Amministrativa rapporti con Strutture accreditate e Convenzionali e con Organismi per trasporti sanitari)				Direttore: Dott.a Gabriella CHIAPETTO Responsabili S.S.: Dott.a Ester BRAGADIN Dott.a Celestina GALETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte rilevaz	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
<b>S.S. Legale</b>										
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuornè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig Comp	50% RA + 25%	25%	31/12/2017	- (URP) - Macroaree - Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di <u>trasparenza</u>	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	25%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	50% RA +25%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	25%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Affari Istituzionali – Legali - C.N.U. S.S. Legale e Assicurazioni S.S. Gestione Amministrativa rapporti con Strutture accreditate e Convenzionali e con Organismi per trasporti sanitari)				Direttore: Dott.a Gabriella CHIAPETTO Responsabili S.S.: Dott.a Ester BRAGADIN Dott.a Celestina GALETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte rilevaz	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
<b>S.S. Gestione Amministrativa rapporti con Strutture Accreditate e Convenzionali e con Organismi per trasporti sanitari</b>										
PA	51	Antiriciclaggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione del Regolamento interno in applicazione della normativa vigente in materia di antiriciclaggio</li> <li>- Supporto nell'applicazione dello stesso alle diverse figure indicate nel Regolamento</li> <li>- Aggiornamento del Regolamento in considerazione dell'evoluzione normativa</li> </ul>	Dicotomico Si/No	Relaz. Respons. della Struttura	Dirig Comp	50% RA + 20%	10%	31/12/2017	S.C. Affari Istituzionali Legale – C.N.U.
PA	52b	Istituzione di un centro unificato per i trasporti	Predisposizione progetto per attivazione del Centro Unificato Trasporti con relativa calendarizzazione degli interventi necessari	Dicotomico SI/NO	Relaz. Respons. della Struttura	Dirig Comp	50% RA + 20%	10%	31/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affari Istituzionali Legale – C.N.U.</li> <li>- Acq. Gest. Log. Beni e Servizi</li> <li>- DDMMOO</li> </ul>
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016)</li> <li>- Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013)</li> <li>- Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione</li> <li>- Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive</li> </ul>	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	20%	25%	31/12/2017	Strutture Aziendali

<b>S.C. Affari Istituzionali – Legali - C.N.U.</b> <b>S.S. Legale e Assicurazioni</b> <b>S.S. Gestione Amministrativa rapporti con Strutture accreditate e Convenzionali e con Organismi per trasporti sanitari)</b>				<b>Direttore: Dott.a Gabriella CHIAPETTO</b> <b>Responsabili S.S.: Dott.a Ester BRAGADIN</b> <b>Dott.a Celestina GALETTO</b>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte rilevaz	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
-----	----	-----------	------------	----------	---------------	-------	------------	-----------	-------	-----------------

**S.S. Gestione Amministrativa rapporti con Strutture Accreditate e Convenzionali e con Organismi per trasporti sanitari**

PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	30%	31/12/2017	Strutture Aziendali
----	------	---	---	----------------------	---------------------------	------------	-----	-----	------------	---------------------

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data _____</b>  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura _____</b>	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Gestione Economico – Finanziario				Direttore: Rag. Maurilio FRANCHETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Comp		10%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Comp		10%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Gestione Economico – Finanziario				Direttore: Rag. Maurilio FRANCHETTO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	46a	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100% Report trimestrali alla Direzione Strategica	Report trimestrali	n. 4 report = 100% ob. < n. 4 report = 0% ob.	Direzione Strategica	Comp		10%	30/04/2017 31/07/2017 31/10/2017 31/01/2018	SC Gestione Economico-Finanziaria
EF	47	Governo della spesa per integrativa e protesica. Report trimestrali alla Direzione Strategica	Report trimestrali	n. 4 report = 100% ob. < n. 4 report = 0% ob.	Direzione Strategica	Comp		15%	30/04/2017 31/07/2017 31/10/2017 31/01/2018	SC Gestione Economico-Finanziaria
EF	54	CASSE ROSSE 54a Trasmissione periodica solleciti insoluti	Almeno n. 4 invii all'anno	Invii effettuati	Gestione Econom. Finanziaria	Comp		10%	31/10/2017	SC Gestione Economico-Finanziaria
EF	55	Caricamento fatture su procedura PCC (Piattaforma per la Certificazione del Credito)	<u>N. fatture trasmesse dallo SDI</u> N. Fatture trasmesse alla PCC  <u>fatture elettroniche pagate</u> n. fatture elettroniche pagate e trasmesse alla PCC	Almeno il 90%	Gestione Econom. Finanziaria	Comp		10%	31/12/2017	SC Gestione Economico-Finanziaria
PA	56	Monitoraggio trimestrale dell'andamento della spesa relativa al Personale, con evidenza e motivazione degli scostamenti Invio trimestrale report alla Direzione Strategica	Report trimestrali	n. 4 report = 100% < n. 4 report = 0%	Direzione Strategica	Dirig Comp		15%	30/04/2017 31/07/2017 31/10/2017 31/01/2018	- SC Amministr. del Personale - SC Gestione Economico Finanziaria

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>
<b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>

S.C. Amministrazione del Personale				Direttore: Dott. Marco PRICCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	20%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	20%	20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	56	Monitoraggio trimestrale dell'andamento della spesa relativa al Personale, con evidenza e motivazione degli scostamenti Invio trimestrale report alla Direzione Strategica	Report trimestrali	n. 4 report = 100% < n. 4 report = 0%	Direzione Strategica	Dirig Comp	40%	20%	30/04/2017 31/07/2017 31/10/2017 31/01/2018	- SC Amministr. del Personale - SC Gestione Economico Finanziaria

S.C. Amministrazione del Personale				Direttore: Dott. Marco PRICCO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	57	Attivazione concorso pubblico per Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere entro il 30/11/2017	Concorso attivato	- attivazione entro il 30/11/2017 = 100% ob.  - mancata attivazione = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig Comp	RA	20%	30/11/2017	SC Amministr. del Personale

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi				Direttore: Dott. Ugo PELLEGRINETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Aumento isorisorse del valore di produzione del Presidio del 5% rispetto al 2016	<b>Valore indicatore 50%</b> 1) Progetto analitico ed operativo da presentare alla Direzione Strategica entro il 30/09/2017, con relativo cronoprogramma	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig	10%		30/09/2017	- DDMMOO - Direttori Dip. Osped. - Macroaree Osped Territ - SC Farmacia Ospedaliera - SC Acq e Gest Log Beni Servizi - SSSC Osped
			<b>Valore indicatore 50%</b> 2) Verifica produttiva	$\geq 5\%$ = 100% ob. $< 5\% \geq 3\%$ = 80% ob. $< 3\% \geq 2\%$ = 50% ob. $< 2\% \geq 1\%$ = 10% ob. $< 1\%$ = 0% ob	Controllo di Gestione				31/12/2017	
EF	1.1	Efficientamento della spesa aziendale Riduzione della spesa per personale, dispositivi medici, farmaci e materiale sanitario del 2% rispetto al 2016	Riduzione della spesa del 2% rispetto al 2016	$\geq 2\%$ = 100% ob. $< 2\% > 1\%$ = 75% ob. $= 1\%$ = 50% ob. $< 1\%$ = 0% ob.	Controllo di Gestione	Dirig	10%		31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Direttori Dip. - Macroaree Osp Territorio - SC Farmacia Ospedaliera - SC Farmacia Territoriale - SC Acq e Gest Log Beni Serv - SS Assistenza Integ. Protesica - Strutture aziendali
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	Spesa anno 2017 _____ = Budget assegnato 2017	$\leq 1$ = 100% ob. $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob. $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob. $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob. $> 1,5$ = 0% ob.	Gestione Economico Finanziaria	Dirig Comp	10%	10%		- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi

S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi				Direttore: Dott. Ugo PELLEGRINETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	4.2	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: • B.1.A.3.1. (dispositivi medici) • B.1.A.3.2. (dispositivi medici impiantabili attivi)	Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico Flusso consumi DMRP 2017 esclusa CND W-Disp Med-diagn vitro CE 2016 (Voci B.1.A.3.1.+B.1.A.3.2.)  (target regionale: spesa aziendale rilevata da DMRP per l'anno 2017 compresa tra il 90 ed il 110 per cento del valore rilevato)	- Rispetto target regionale = 100% ob.  - Mancato rispetto target reg. = 0% ob.	Sett Contr Gestione  SC Gest. Econ. Fin	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	- SC Sistemi Informativi - Farmacia Osp - Acq. e Gest. Log. Beni Serv  In collaborazione con la SC Gest. Econ-Finanziaria
EF	4.3	Riduzione della spesa per Dispositivi Medici	<b>Valore indicatore 50%</b> Riduzione pari ad €. 1.500.000,00, di cui €. 600.000,00 per le voci: - BA0220 - BA0230 <b>Valore indicatore 50%</b> 2) Presidi per l'autocontrollo della glicemia e servizi connessi: media percentuale del primo quarto della popolazione pesata (target regionale - tabella allegata alla DGR 101-5530 del 3/08/17)	1) riduzione 1,5 mln = 100% < 1,5 mln ≥ 900ml = 75% < 900.000 ≥ 600ml = 50% < 600.000 = 0%  2) rispetto target region 100% ob. mancato rispetto 0% ob.	Acq. e Gest. Log. Beni e Servizi	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	- Farmacia Osp - Acq. e Gest. Log. Beni Serv - SS Assistenza Integrativa e Protesica <b>Solo 4.3.2</b> - Diabetologia - Farmacia Terr.
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	CoordinatE quipe Locale	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi				Direttore: Dott. Ugo PELLEGRINETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione - Gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure, che abbiano una specifica valenza e siano volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Dirig Comp	5%	10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar.	Dirig Comp	5%	10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	52	52a Riorganizzazione trasporti / Personale autista	Progetto di riorganizzazione	Dicotomico SI/NO	Acq Gest Log Beni Servizi	Dirig Comp	5%	10%	31/12/2017	SC Acq. Gest. Log. Beni e Servizi
		52b Istituzione di un centro unificato per i trasporti	Documento attestante l'attivazione del Centro Unificato Trasporti	Dicotomico SI/NO	Strutture coinvolte	Dirig Comp	5%	10%	31/12/2017	- Affari Istituzionali Legale – C.N.U. - Acq. Gest. Log. Beni e Servizi - DDMMOO
EF	57a	Attivazione e conclusione procedure selezione di mercato per aggiudicazione del servizio di supporto per il concorso pubblico per Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere entro il 31/10/2017	Procedure conclusa	- attivazione entro il 31/10/2017 = 100% ob.  - mancata attivazione = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig Comp	10%	10%	31/10/2017	SC Acq. Gest. Log. Beni e Servizi

S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi				Direttore: Dott. Ugo PELLEGRINETTI						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	58	Riorganizzazione del Personale dei servizi economali	1) Predisposizione progetto di riorganizzazione  2) Attuazione della riorganizzazione nelle tempistiche definite nel progetto	1) Esistenza del Progetto  2) Relazione Responsabile della Struttura	Acq Gest Log Beni Servizi	Dirig	10%		31/10/2017  31/12/2017	SC Acq. Gest. Log. Beni e Servizi
EF	59	Effettuazione gare nel rispetto della programmazione definita con delibera n. 369 del 04/04/2017	Attuazione di quanto definito nella delibera n. 369 dle 04/04/2017	Relazione Responsabile della Struttura	Acq Gest Log Beni Servizi	Dirig Comp	RA	10%	31/12/2017	SC Acq. Gest. Log. Beni e Servizi

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Servizio Tecnico Patrimoniale				Direttore: Arch. Giovanni RIZZO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	Spesa anno 2017 _____ =  Budget assegnato 2017	$\leq 1$ = 100% ob $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob $> 1,5$ = 0% ob		Dirig Comp	RA	10%		- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig Comp	20%	10%	31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMOO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Dirig Comp	15%	10%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Servizio Tecnico Patrimoniale				Direttore: Arch. Giovanni RIZZO						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	10%	15%	31/12/2017	Strutture Aziendali
EF	60	60a Predisposizione piano triennale per alienazione immobili aziendali	Presenza del Piano triennale	Dicotomico SI/NO	Tecnico Patrimoniale	Dirig Comp	15%	15%	31/12/2017	SC Tecnico Patrimoniale
		60b Indizione gara pubblica di alienazione di almeno tre immobili aziendali	Presenza di gara pubblica per almeno tre immobili	Dicotomico SI/NO	Tecnico Patrimoniale	Dirig Comp	15%	15%	31/12/2017	SC Tecnico Patrimoniale
EF	61	Redazione analisi costi di gestione per riscaldamento/raffreddamento Presidi ASL TO4, con confronto consuntivi anni 2016 - 2017 e previsione 2018, completa di proposte di razionalizzazione, da presentare alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017	Documento di analisi inviato	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig Comp	15%	15%	31/10/2017	SC Tecnico Patrimoniale

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____	<b>Data</b> <u>11 settembre 2017</u>
<b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Firma Direttore Generale</b> <u>(in originale firmato)</u>

A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017

S.C. Sistemi Informativi e Ufficio Flussi				Direttore: Dott.a Lorella ROSBOCH						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
EF	1a	Rispetto budget autorizzativo di spesa per Grandi Ordinatori	Spesa anno 2017 _____ = Budget assegnato 2017	$\leq 1$ = 100% ob $> 1 \leq 1,3$ = 60% ob $> 1,3 \leq 1,4$ = 50% ob $> 1,4 \leq 1,5$ = 40% ob $> 1,5$ = 0% ob	Gestione Econom Finanziaria	Dirig Comp	RA		31/12/2017	- DDMMO - Distretti - Farmacia Osp - Farmacia Ter - Ass Int Prot - Acq Gest Log Beni Servizi
CU PA	2.1	Attivazione delle Case della Salute programmate 1) Redazione di progetto esecutivo con cronoprogramma di attivazione. 2) Redazione del disciplinare tecnico al fine di informatizzare le Case della Salute	<b>Valore indicatore</b> <b>- per Distretti 30%</b> 1) Consegna alla Direzione Strategica del progetto esecutivo con cronoprogramma entro il 31/10/2017  <b>- per Informatico 100%</b> 2) Consegna alla Direzione Strategica del disciplinare tecnico entro il 30/11/2017	Dicotomico SI/NO	Direzione Strategica	Dirig Comp	20%		30/11/2017	- Distretti - SC Sistemi Informativi
PA	4.2	Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici Coerenza, con un margine di tolleranza del +/- 10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP rispetto ai costi imputati da CE alle voci: • B.1.A.3.1. (dispositivi medici) • B.1.A.3.2. (dispositivi medici impiantabili attivi)	Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico Flusso consumi DMRP 2017 <u>esclusa CND W-Disp Med-diagn vitro CE 2016 (Voci B.1.A.3.1.+B.1.A.3.2.)</u>  (target regionale: spesa aziendale rilevata da DMRP per l'anno 2017 compresa tra il 90 ed il 110 per cento del valore rilevato)	- Rispetto target regionale = 100% ob.  - Mancato rispetto target reg. = 0% ob.	Sett Contr Gestione  SC Gest. Econ. Fin	Dirig Comp	15%		31/12/2017	- SC Sistemi Informativi - Farmacia Osp - Acq. e Gest. Log. Beni Serv  In collaborazione con la SC Gest. Econ-Finanziaria
CU PA	6.6.1	Umanizzazione negli Ospedali di Chivasso, Ciriè, Ivrea e Cuorgnè	Implementazione / completamento azioni correttive a "breve" e "medio" termine. - Produzione documentazione attestante l'implementazione della totalità delle azioni correttive a breve e medio termine individuate nel Piano di miglioramento aziendale. Verbali verifiche/sopralluoghi da parte della Cabina di regia regionale	<b>Valore indicatore</b> Dicotomico Si/No	Coordinat Equipe Locale	Dirig Comp	15%		31/12/2017	- Ufficio Relaz. Esterne (URP) - Macroaree Osped / Territ - Referente Percorso cont. Assistenziale - DDMMO - Strutture individuate nella delib. 1348 del 30/12/2016

S.C. Sistemi Informativi e Ufficio Flussi				Direttore: Dott.a Lorella ROSBOCH						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Dirig Comp	10%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzion Traspar	Dirig Comp	10%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Dirig Comp	10%		31/12/2017	Strutture Aziendali
PA Ivrs	50	Gestione documentale informatizzata. Dematerializzazione delle delibere e delle determine	Relazione a cura dei Direttori delle Strutture coinvolte	Dicotomico SI/NO	- Affari Istituzion - Serv. Inf.	Dirig Comp	20%		30/11/2017	- S.C. Affari Istituz Legale – C.N.U. - Servizio Inform

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale (in originale firmato)</b>
--	--

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse Settore Controllo di Gestione S.S. Qualità				Direttore: Dott.a Ada CHIADO' Responsabile: Dott. Salvatore DI GIOIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
CUP A	3.2.1	Governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali: produzione report mensili da inviare alla Direzione Strategica	N. 12 report prodotti	Report prodotti n. 12 = 100% ob.  < n. 12 = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig Comp	5%	10%	31/12/2017	- Settore Contr. Gestione - Manager Liste Attesa - DDMMOO - Distretti
PA	11	Predisposizione e mantenimento di flussi informativi propedeutici a rendicontazione regionale su Tempi di Attesa e Specialistica Ambulatoriale	Presenza del flusso informativo	Dicotomico Si/No	Manager liste d'attesa	Dirig	5%	5%	31/12/2017	- DDMMOO - Distretti - Manager Liste Attesa - SS Qualità - Strutture che erogano prestazioni ambulatoriali
PA EF	43	Monitoraggio della spesa oggetto di razionalizzazione, di cui agli obiettivi assegnati per l'anno 2017 alle Strutture Aziendali	Report trimestrali da inviare alla Direzione Strategica	Dicotomico SI/NO	Direzione Strategica	Dirig Comp	10%	10%	30/04/2017 31/07/2017 31/10/2017 31/01/2018	Settore Controllo di Gestione
PA	44.1	Adempimenti in materia di anticorruzione Rimappatura dei processi	- Revisione ed aggiornamento della mappature dei processi, delle attività/fasi del processo e dei relativi rischi (alla luce dell'aggiornamento 2015 al PNA e PNA 2016) - Rivalutazione dei rischi in termini di probabilità ed impatto (utilizzando i criteri e la metodologia riportata nell'allegato 5 al PNA 2013) - Individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	10%	5%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	10%	5%	31/12/2017	Strutture Aziendali

S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse Settore Controllo di Gestione S.S. Qualità				Direttore: Dott.a Ada CHIADO' Responsabile: Dott. Salvatore DI GIOIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzione Traspar	Dirig Comp	10%	5%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	46	Governo della spesa per inserimento in Strutture con obiettivo del raggiungimento dell'1,55 % con utilizzo delle Strutture Aziendali al 100%	<b>Valore indicatore 70%</b> 46.1 Occupazione posti letto RSA Aziendali	utilizzo: al 100% = 70% < 80% > 100% = 30% < 80% = 0%	Settore Controllo Gestione	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	- Distretti - DDMMOO - Settore Controllo di Gestione (attività controllo)
			<b>Valore indicatore 30%</b> 46.2 Inserimento di utenti, pari all'1,55% della popolazione ultra sessantacinquenne, in Strutture	inserimento al 1,55% = 30% < 1,30% > 1,55% = 20% < 1,30% = 0%						
CU	6.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65 anni  (target regionale: tasso aggiustato > 70%)	N° ricoveri diagnosi frattura collo femore in paziente operato entro 2 gg (differenza tra data della procedura e data di riuovero ≤ 2 gg)  N° ricoveri con diagnosi frattura collo femore	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non rispetto/peggior. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	- DDMMOO - SSCC Ortopedia e Traumatologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.2	Tempestività nell'effettuazione di ptca nei casi di ima stemi  (target regionale: tasso grezzo ≥ 85%)	N° episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito un PTCA entro 2 gg  N° di episodi di STEMI	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non risp/pegg. 0% ob.	Settore Controllo di Gestione	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	- DDMMOO - SC Cardiologia Ciriè/Ivrea  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati
CU	6.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto dei Punti Nascita  (target regionale: tasso aggiustato ≤ 20%)	N° parti con cesareo primario _____ x 100  N° parti con nessun pregresso cesareo	1. Rispetto target reg. 100% ob. 2. Miglioramento rispetto 2016, funzione lineare del 100% 3. Non risp/pegg. 0% ob	Settore Controllo di Gestione	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	- DDMMOO - SSCC di Ostetricia e Ginecologia  Settore Controllo di Gestione per rilevazione dati

S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse Settore Controllo di Gestione S.S. Qualità				Direttore: Dott.a Ada CHIADO' Responsabile: Dott. Salvatore DI GIOIA						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	37	Redazione manuale di tutte le Procedure operative gestite dalla Struttura con il supporto metodologico della S.S. Qualità	Consegna del manuale entro il 31/12/2017	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Dirig Comp	10%	10%	31/12/2017	SS Assistenza Primaria SS Qualità
CU	26	26.1 Supporto alla definizione dei PDTA legati alla riorganizzazione della specialistica ambulatoriale finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa, sulla base delle indicazioni di cui alla DGR 17-4817 del 27/03/2017	PDTA prodotti aziendali con la partecipazione della Struttura Semplice	<b>Valore obiettivo 50%</b> Partecipazione ai PDTA prodotti:  100% = 100% ob. <100% = 0% ob.	Direzione Strategica	Dirig Comp	RA	10%	31/12/2017	SS Qualità
		Supporto analisi quali/quantitative e metodologiche legate alla riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri	Produzione di n. 3 relazioni analitiche	<b>Valore obiettivo 50%</b> n. 3 relazioni = 100% ob. n. 2 relazioni = 50% ob. n. 1 relazione = 0% ob.						

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>
<b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>

**A.S.L. TO4 Piano della performance: scheda obiettivi anno 2017**

S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse Settore Sviluppo Risorse				Direttore: Dott.a Ada CHIADO'						
Cod	N.	Obiettivo	Indicatore	Standard	Fonte di rilevazione	Ruolo	Peso Dirig	Peso Comp	Tempo	Altre Strutture
PA	44.2	Completamento della formazione obbligatoria	Partecipazione obbligatoria degli operatori della propria struttura / ufficio al corso Fad sulla Prevenzione della Corruzione (sia per gli operatori che non hanno ancora partecipato al corso, sia per chi non ha superato positivamente il test di valutazione di fine corso)	100% degli operatori	Resp. Corruzion Traspar	Comp		20%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	45	Adempimenti in materia di trasparenza	Esistenza di Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attestante l'adempimento agli obblighi previsti dalla normativa in materia di trasparenza	Dicotomico SI/NO	Resp. Corruzion Traspar	Comp		30%	31/12/2017	Strutture Aziendali
PA	49	Applicazione del nuovo Atto Aziendale e riorganizzazione delle Strutture in relazione all'attribuzione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del personale del Comparto e, precisamente: 1) Predisposizione della Mappatura degli Incarichi Dirigenziali 2) Attribuzione degli Incarichi Dirigenziali come da Mappatura 3) Predisposizione della Mappatura delle Posizioni Organizzative del Personale del Comparto	Messa in atto delle azioni richieste dalla Direzione Strategica	Dicotomico Si/No	Direzione Strategica	Comp		50%	31/12/2017	Settore Sviluppo Risorse

Gli obiettivi potranno essere modificati / integrati nel caso in cui intervengano diverse disposizioni a livello nazionale / regionale, nelle materie oggetto degli stessi.

<b>Data</b> _____  <b>Firma Direttore/Responsabile della Struttura</b> _____	<b>Data <u>11 settembre 2017</u></b>  <b>Firma Direttore Generale <u>(in originale firmato)</u></b>
--	---