



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASL CN1

**Anno 2018**

*„Non esiste alcun criterio generale di verità. Ma ciò non legittima la conclusione che la scelta fra teorie concorrenti sia arbitraria: significa soltanto e molto semplicemente che noi possiamo sempre errare nella nostra scelta, che possiamo sempre vederci sfuggire la verità o che possiamo non raggiungerla, che non possiamo mai pretendere la certezza; che noi insomma siamo fallibili.“ — Karl Raimund Popper*

## **Premessa**

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2018, viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del Decreto Legislativo 150/2009 ed in recepimento delle nuove indicazioni che discendono dal D. Lgs. 74/2017, che, in particolare all'art. 10 indica che la "Relazione annuale sulla Performance" è approvata dall'organismo di indirizzo politico-amministrativo; inoltre, accoglie quanto previsto dalla Regione Piemonte con DGR n. 25-6944 del 23/12/2013 avente ad oggetto "Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione al D. Lgs 150/2009 in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione"

La Relazione sulla Performance rappresenta lo strumento mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance. Inoltre, costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione.

La Relazione fornisce alcune caratteristiche del contesto in generale ed espone gli elementi caratterizzanti l'Azienda in termini di strutture organizzative, personale in servizio ed indicatori economico-finanziari.

Si segnala inoltre che nell'ASL CN1, il 2018 è stato un anno di transizione, stante il cambiamento di Direzione Generale avvenuto a giugno: conseguentemente, gli obiettivi definiti nel primo trimestre 2018 sono poi stati attuati nel periodo successivo con la guida della nuova Direzione Generale, che ha colto l'occasione della verifica infrannuale per avviare un profondo processo di revisione del sistema degli obiettivi che si è poi attuato nel 2019.

Le valutazioni positive complessivamente ottenute nel corso del 2018 confermano il consolidamento dei già apprezzabili risultati ottenuti negli anni passati soprattutto nei livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate, grazie alla particolare attenzione nella produzione di servizi e di prestazioni assistenziali erogate all'utenza, declinate in diversi profili, da quello clinico a quello organizzativo.

Il processo virtuoso di miglioramento del sistema aziendale, già iniziato negli anni scorsi, ha trovato concretezza non soltanto nel modus operandi organizzativo e di offerta dei servizi, ma anche nell'approccio agli interventi rispetto alle comunità di riferimento, prospettandosi quale principale riferimento per fornire concrete risposte, con la coscienza della necessità di attenuare l'annoso conflitto tra la limitatezza delle risorse disponibili e la garanzia dei diritti da tutelare.

Il Piano della Performance e la presente Relazione, sono pubblicati sul sito web istituzionale dell'Azienda all'indirizzo: <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>.

## INDICE

<b>1. Introduzione e presentazione del documento .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni</b>	<b>8</b>
2.1 <i>Il contesto esterno di riferimento .....</i>	8
2.1.1 <i>Territorio e contesto demografico .....</i>	8
2.1.2 <i>Interventi normativi in corso d'anno .....</i>	9
2.3 <i>L'Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti .....</i>	11
2.3.1 <i>Il personale .....</i>	11
2.3.2 <i>L'attività e i risultati conseguiti .....</i>	13
2.4 <i>Progetti di miglioramento della qualità percepita .....</i>	33
<b>3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti .....</b>	<b>36</b>
3.1 <i>Monitoraggio infrannuale .....</i>	46
3.2 <i>Valutazione finale degli obiettivi strategici .....</i>	47
3.3 <i>La Performance Organizzativa .....</i>	49
3.3.1 <i>Obiettivi pienamente raggiunti .....</i>	52
3.3.2 <i>Obiettivi non pienamente raggiunti .....</i>	62
3.4 <i>La Performance Individuale .....</i>	65
3.4.1 <i>Rendicontazione performance individuale 2018 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento .....</i>	68
3.4.2 <i>Rendicontazione performance individuale 2018 – Dirigenza Area Medica e Veterinaria e Area Sanitaria, Professionale Tecnica e Amministrativa .....</i>	70
3.5 <i>Risultati 2018 su Trasparenza, Integrità e Anticorruzione .....</i>	79
3.5.1 <i>Trasparenza .....</i>	79
3.5.2 <i>Anticorruzione .....</i>	80
<b>4. Risorse, efficienza ed economicità .....</b>	<b>87</b>
<b>5. Pari opportunità .....</b>	<b>96</b>
<b>6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance .....</b>	<b>100</b>
<b>7. Allegati .....</b>	<b>102</b>

## 1. Introduzione e presentazione del documento

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASL CN1 (adottato con deliberazione n. 492 del 23/12/2014, aggiornato con delibera n. 443 del 19/12/2018 e consultabile sul sito web istituzionale all'indirizzo <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/sistema-di-misurazione-e-valutazione-delle-performance/>) al paragrafo 2.3 illustra le fasi del Ciclo di Gestione della Performance e per ciascuna di essa indica quali sono i tempi di attuazione, le modalità di realizzazione ed i soggetti responsabili. Come illustrato in tale schema, la Direzione Generale definisce annualmente gli obiettivi organizzativi che intende raggiungere, i valori attesi di risultato ed i rispettivi indicatori, in base ai quali vengono costruite le schede di budget per Dipartimenti, SS.CC., SSD. e Staff.

L'Azienda Sanitaria ha contrattato con tutti i Direttori di Dipartimento e con i Direttori delle strutture complesse e semplici dipartimentali, gli obiettivi di budget per l'anno 2018, articolando e formalizzando puntuali obiettivi da raggiungere, attività da conseguire e risorse da utilizzare, definendo i relativi indicatori relativi al raggiungimento degli obiettivi e target di riferimento.

Gli obiettivi sono descritti nel Piano della Performance, per l'anno 2018 adottato con delibera n. 32 del 29/01/2018, che costituisce il documento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Il Ciclo della Performance dell'ASL CN1 prevede un monitoraggio in corso d'esercizio degli obiettivi, con la finalità di attivare eventuali correttivi in caso di evidente scostamento, in proiezione, dallo standard. Concluso l'anno, si procede alla misurazione ed alla valutazione annuale della performance sia individuale sia organizzativa (come illustrato al paragrafo 3 del SMVP). Il D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, all'art. 7 prevede che la valutazione della performance organizzativa sia effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione a cui *"...compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura ... nel suo complesso"*.

Il ciclo della performance rappresenta uno stimolo alla realizzazione di attività di eccellenza, anche attraverso significativi momenti di condivisione, quali l'interazione con le strutture e gli stakeholder nella definizione degli obiettivi, la negoziazione del budget con le strutture, il monitoraggio continuo

dei risultati che si ottengono, il confronto nella verifica finale dei target raggiunti.

Ovviamente il percorso di miglioramento deve essere supportato da un processo di valutazione che assicuri il controllo della performance complessiva, individuando nell'Organismo Indipendente di Valutazione l'organo garante della correttezza del Sistema di Misurazione e valutazione della performance, sulla base dei documenti strategici, quale il Piano della Performance.

Tali risultati sono consuntivati nella Relazione sulla Performance, che adottata dalla Direzione Generale tramite deliberazione e formalmente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASL CN1 per la sua validazione, conclude il percorso e l'applicazione del Ciclo della Performance. Come indicato all'art. 14 comma 6 del D. Lgs 150/2009 s.m.i., la validazione della Relazione sulla Performance è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito e, pertanto, soltanto a seguito di tale adempimento a carico dell'OIV, si può procedere al pagamento del saldo della retribuzione di risultato sia del personale del comparto sia della dirigenza.

Per quanto riguarda gli obiettivi di budget 2018, sono state definite dall'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASL CN1 le percentuali di raggiungimento degli obiettivi, ciascuna delle quali è poi confluita nel complesso della media pesata (peso obiettivo nella scheda rispetto al peso del risultato dell'obiettivo, sommato per tutta la scheda) della scheda di ogni Struttura. I livelli di performance raggiunti da ogni struttura (100% pienamente raggiunto; >95% e fino a 99,99% sostanzialmente raggiunto; tra 60% fino a 95% parzialmente raggiunto e <60% non raggiunto), danno origine al pagamento della quota di risultato così come indicato al capitolo 4 "Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi" dal Piano della Performance 2018. La Direzione Generale con deliberazione n. 156 del 15/04/2019 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2018 da parte delle Strutture dell'ASL CN1" ha approvato sia i criteri adottati per l'esame e la valutazione delle attività svolte dalle Strutture dell'ASL CN1, sia le valutazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione relative ai risultati di gestione raggiunti dalle Strutture Aziendali in relazione agli obiettivi affidati nell'anno 2018.

Di seguito, allo scopo di assicurare un quadro organizzativo d'insieme, la Relazione fornisce alcune caratteristiche del contesto in generale, riportando dati relativi alla popolazione, ai servizi offerti, alle attività erogate ecc., ed espone gli elementi caratterizzanti l'Azienda Sanitaria Locale in termini di strutture organizzative, personale in servizio ed indicatori economico-finanziari.

Il documento prosegue poi con la presentazione dei risultati raggiunti ed è corredato da schede sinottiche e grafici, che riassumono l'andamento degli obiettivi, riportando il sistema di misurazione utilizzato, nello specifico sia delle valutazioni della performance organizzativa sia dell'analisi della performance individuale.

## 2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

### 2.1 Il contesto esterno di riferimento

#### 2.1.1 Territorio e contesto demografico

L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km<sup>2</sup>; il territorio di riferimento ricomprende 175 Comuni. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%). Il numero di abitanti residenti al 31 dicembre 2018 è 417.483, con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (72 residenti per Km<sup>2</sup>).

#### RESIDENTI AL 31/12/2018 NEL TERRITORIO DELL'ASL CN1

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
<b>Distretto SUD-OVEST</b>					
FEMMINE	10.620	21199	29.447	21.263	82.529
MASCHI	11.260	22413	29.431	17.027	80.131
<b>TOT.</b>	<b>21.880</b>	<b>43.612</b>	<b>58.878</b>	<b>38.290</b>	<b>162.660</b>
<b>Distretto SUD-EST</b>					
FEMMINE	5.136	10217	15192	12498	43.043
MASCHI	5.491	11168	15429	10242	42.330
<b>TOT.</b>	<b>10.627</b>	<b>21.385</b>	<b>30.621</b>	<b>22.740</b>	<b>85.373</b>
<b>Distretto NORD-OVEST</b>					
FEMMINE	5.162	10.015	14.579	10.638	40.394
MASCHI	5.558	10.647	14.790	8.759	39.754
<b>TOT.</b>	<b>10.720</b>	<b>20.662</b>	<b>29.369</b>	<b>19.397</b>	<b>80.148</b>
<b>Distretto NORD-EST</b>					
FEMMINE	6.124	11533	15948	11352	44.957
MASCHI	6.626	12608	16061	9227	44.522
<b>TOT.</b>	<b>12.750</b>	<b>24.141</b>	<b>32.009</b>	<b>20.579</b>	<b>89.479</b>
<b>TOT.GEN.</b>					
FEMMINE	26.955	52.873	75.116	55.814	210.758
MASCHI	28.871	56.760	75.776	45.318	206.725
<b>TOT.</b>	<b>55.826</b>	<b>109.633</b>	<b>150.892</b>	<b>101.132</b>	<b>417.483</b>

Fonte: = Anagrafica Aziendale ASL CN1

## L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

ANNO	TOTALE ASL CN1	DETTAGLIO DISTRETTI ASL CN1				PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
		Nord Est	Nord Ovest	Sud Est	Sud Ovest			
<b>31/12/2015</b>	418.913	89.463	80.658	86.376	162.416	590.421	4.404.246	60.665.551
<b>31/12/2016</b>	417.966	89.338	80.345	86.130	162.153	589.108	4.392.526	60.589.445
<b>31/12/2017</b>	417.287	89.155	80.064	85.660	162.408	588.559	4.375.865	60.483.973

Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat/Demo istat.it

### FOCUS: L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE STRANIERA

Il territorio dell'ASL CN1 – così come quello nazionale – è stato coinvolto, da alcuni anni, da un costante fenomeno migratorio. Questi flussi sono da attribuire, principalmente, all'aspettativa di opportunità lavorative, che si realizzano in particolare nei settori meno appetibili agli italiani (es. agricoltura, edilizia, colf, badanze).

Dei 5.144.440 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2017, 423.506 si trovano in Piemonte (8,23%), 60.376 in Provincia di Cuneo (1,17%), mentre 40.754 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,79%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
<b>31/12/2015</b>	40.376	59.994	422.027	5.026.153
<b>31/12/2016</b>	40.211	59.552	418.874	5.047.028
<b>31/12/2017</b>	40.754	60.376	423.506	5.144.440

Fonte: elaborazione Regione Piemonte su dati Istat/Demo istat.it

#### 2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno

La DGR n. 26-6421 del 26/01/2018 individua ed assegna nell'allegato A) ai Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie regionali gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, ai fini del riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2018, corredati dei necessari criteri di valutazione (in termini di punteggio per singolo obiettivo, dei relativi indicatori, del valore obiettivo, di definizione della scala di valutazione, del

tracking e dell'eventuale fonte dati).

Gli obiettivi strategici assegnati per l'anno 2018, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in 7 tipologie articolate come segue:

Obiettivo	Tipo	Articolazione	Peso
1	Budget	1.1 Attuazione delle programmazione	20
2	Prossimità e integrazione dei percorsi	2.1 Attivazione 100% delle Case della Salute programmate	5
		2.2 Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità	5
3	Accessibilità	3.1 Tempi di attesa Ricoveri	5
		3.2 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	12
		3.3 Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS	5
4	Qualità dell'assistenza	4.1 Area Osteomuscolare	4
		4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	4
		4.3 Appropriately nell'assistenza al parto	4
		4.4 Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica	4
		4.5 Screening oncologici	5
		4.6 Donazioni d'organo	3
		4.7 Umanizzazione	5
5	Gestione della spesa relativa ai beni: farmaci e DM	5.1 Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera: appropriatezza prescrittiva e riduzione della variabilità	5
		5.2 Miglioramento della qualità del flusso informativo dei dispositivi medici	3
		5.3 Contenimento della spesa aziendale per l'acquisto di dispositivi medici	5
6	Trasparenza e anticorruzione	6.1 Dichiarazione pubblica di interessi	3
7	Digitalizzazione del SSR	7.1 Fascicolo sanitario elettronico e Servizi on Line	3
<b>Totale</b>			<b>100</b>

Nel provvedimento regionale, al fine di garantire una programmazione uniforme sul territorio regionale, viene sottolineata la necessità che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee di programmazione. In conclusione, si sottolinea che gli obiettivi regionali, pur essendo pervenuti in corso d'anno, hanno trovato comunque riscontro negli obiettivi di budget già definiti dalla Direzione Generale sulla base della strategia aziendale definita a inizio anno e formalizzata nel Piano della Performance 2017-2019 – Aggiornamento anno 2018.

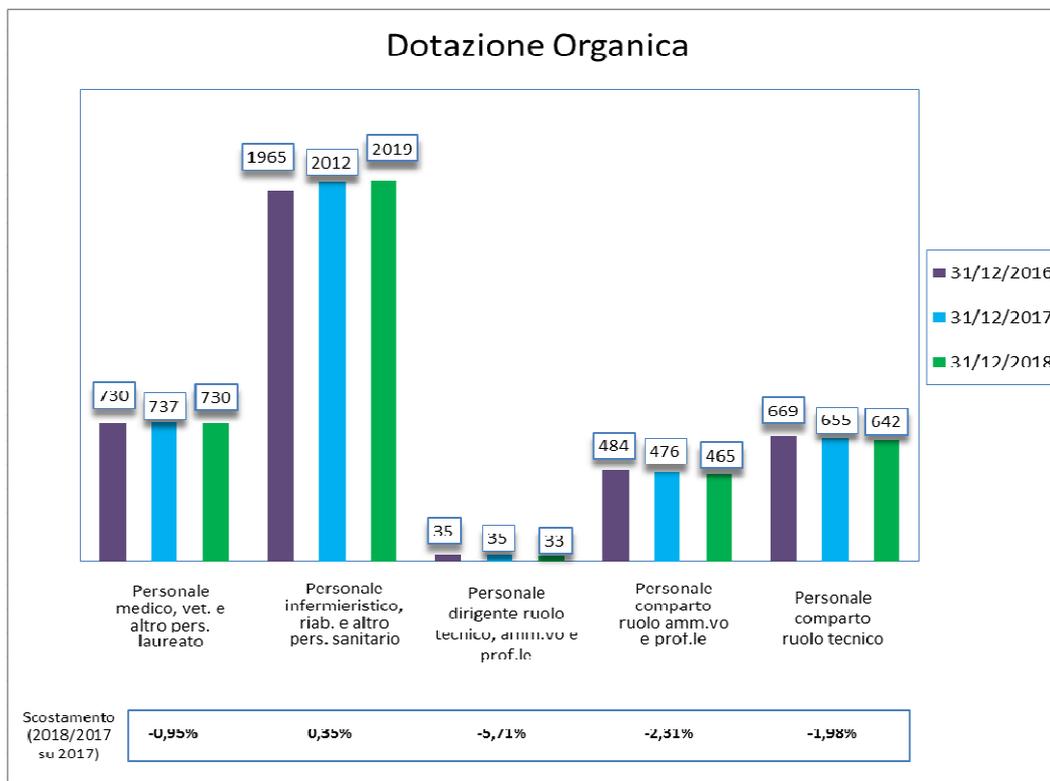
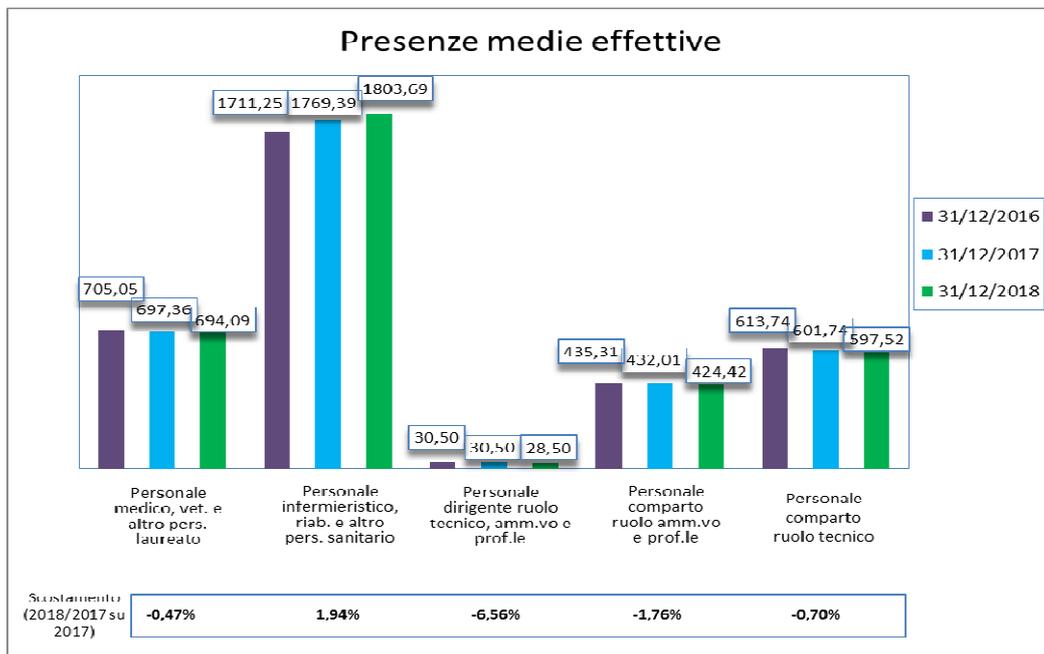
## **2.3 L'Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti**

### **2.3.1 Il personale**

Il personale dipendente è una risorsa essenziale per il funzionamento dell'ASL CN1 e rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini. E' suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

<b>Composizione del personale dipendente</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Personale medico, veterinario e altro personale laureato	730	737	730
Personale infermieristico, riabilitativo e altro personale sanitario	1.965	2.012	2.019
Personale dirigente ruolo tecnico, amministrativo e professionale	35	35	33
Personale comparto ruolo amministrativo e professionale	484	476	465
Personale comparto ruolo tecnico	669	655	642
<b>Totale</b>	<b>3.883</b>	<b>3.915</b>	<b>3.889</b>

<b>Presenze medie effettive</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Personale medico, veterinario e altro personale laureato	705,05	697,36	694,09
Personale infermieristico, riabilitativo e altro personale sanitario	1.711,25	1.769,39	1.803,69
Personale dirigente ruolo tecnico, amministrativo e professionale	30,50	30,50	28,50
Personale comparto ruolo amministrativo e professionale	435,31	432,01	424,42
Personale comparto ruolo tecnico	613,74	601,74	597,52
	<b>3.539,79</b>	<b>3.495,85</b>	<b>3.548,22</b>



### ***La formazione del personale dipendente***

Nell'ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l'Azienda ha definito il Piano della Formazione per l'anno 2015, 2016, 2017 e 2018 approvati dal Responsabile della SSD Formazione rispettivamente con determinazione n. 249 del 04/03/2015, n. 290 del 24/02/2016, deliberazione del Direttore Generale n. 82 del 09/03/2017 e deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 20/02/2018. Nell'ambito di ciascun atto, è stata altresì individuata la dotazione totale assegnata alla formazione per il rispettivo anno di vigenza del Piano formativo.

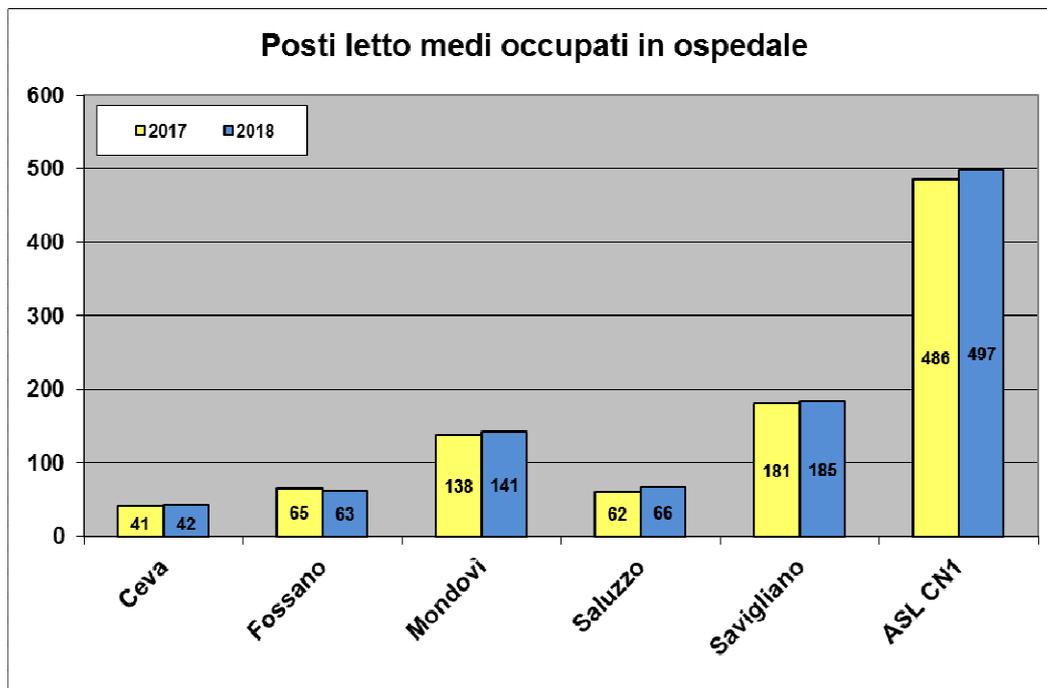
<b>La formazione del personale</b>				
	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Totale Ore Formazione erogata	<b>7.648</b>	<b>5.002</b>	<b>7.040</b>	<b>8.197</b>
Totale Eventi	<b>244</b>	<b>255</b>	<b>262</b>	<b>283</b>
Totale Edizioni	<b>722</b>	<b>620</b>	<b>796</b>	<b>771</b>
Totale Partecipanti Effettivi	<b>12.394</b>	<b>13.796</b>	<b>14.469</b>	<b>13.281</b>

### ***2.3.2 L'attività e i risultati conseguiti***

#### **Il Presidio Ospedaliero**

##### ***Posti letto***

Nel grafico sottostante è dettagliata l'occupazione media giornaliera dei posti letto ospedalieri nel biennio 2017-2018:

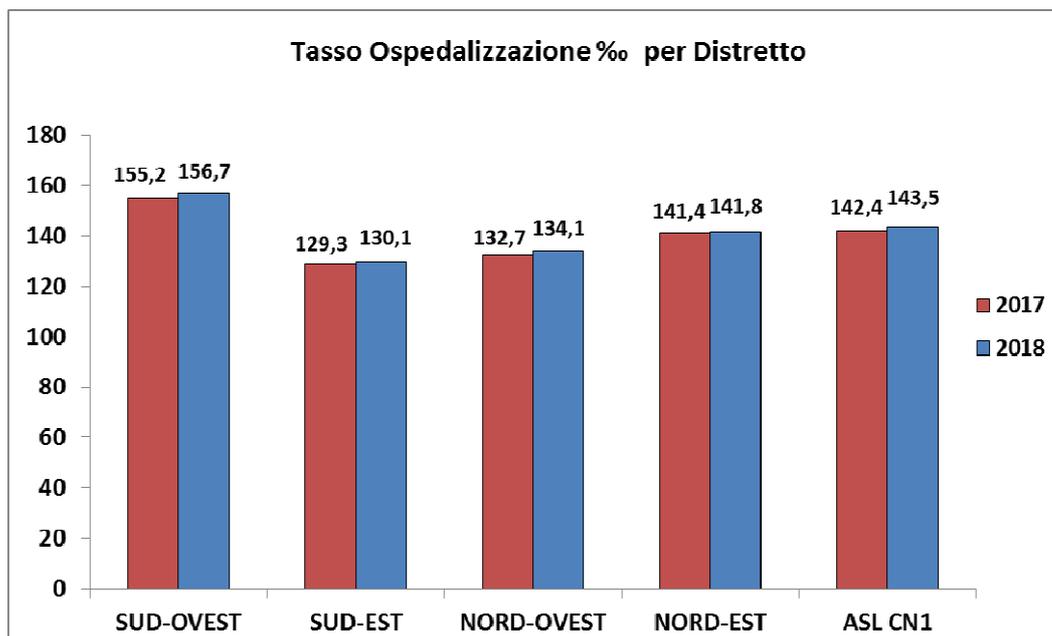
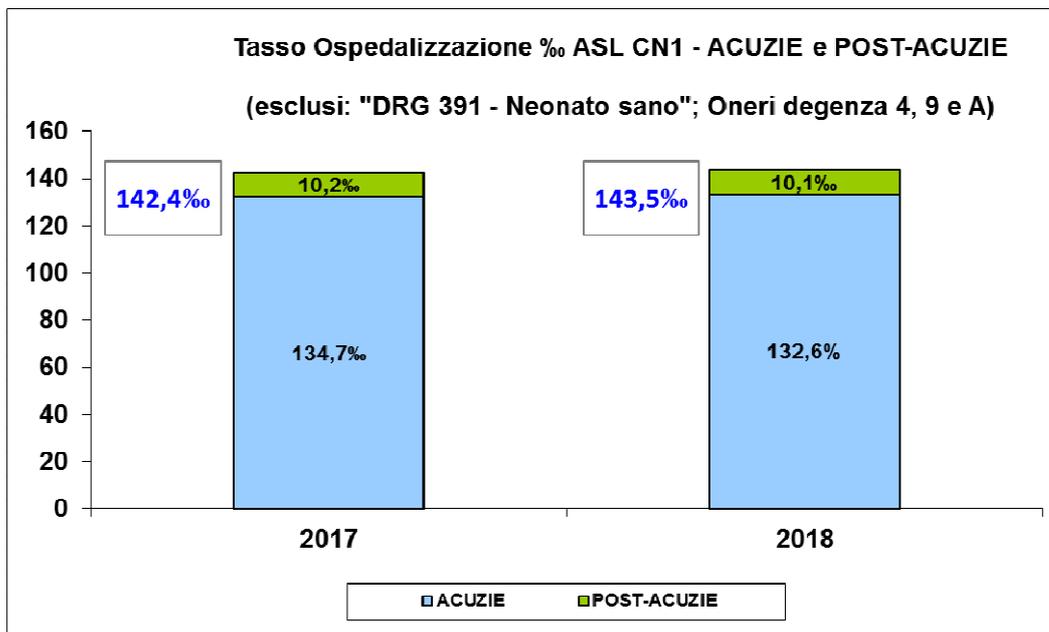


L'aumento dei posti letto medi occupati registrato nel 2018 rispetto al 2017 è il risultato, come dettagliato nei successivi paragrafi, del consistente incremento della produzione in termini di valore tariffario dei ricoveri, indice indiretto della complessità della casistica trattata, rispetto all'anno precedente.

### ***Tasso di Ospedalizzazione***

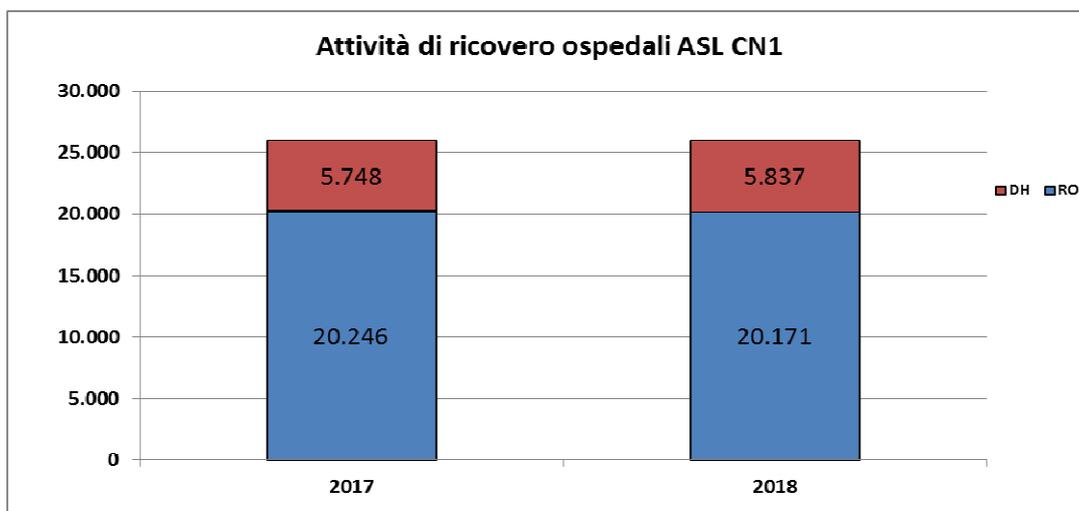
Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione è, per entrambi gli anni, relativo al 2017, in quanto l'ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per area di ricovero e nel secondo per Distretto.

Si segnala una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale, con il tasso più elevato nel Sud-Ovest e più basso nel Sud-Est e Nord-Ovest.



***Volumi di attività (casi)***

Nei grafici e nelle tabelle seguenti è illustrata l'attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso svolta dalle strutture dell'ASL CN1 nel corso degli anni 2017 e 2018:



Come dettagliato nelle tabelle sotto riportate, rispetto al 2017, nel 2018 la produzione dell'ASL CN1 è rimasta sostanzialmente invariata in termini di numero di casi, ma risulta considerevolmente incrementata per quanto riguarda il corrispondente valore tariffario.

Nel dettaglio dei presidi, risulta evidente che tale aumento è stato realizzato nel Presidio Savigliano-Saluzzo. La crescita ha riguardato sia discipline chirurgiche che mediche, ma è stata particolarmente rilevante per la cardiologia, soprattutto nelle attività di emodinamica ed elettrofisiologia.

#### Produzione ricoveri 2017-2018 (CASI)

OSPEDALE	2017			2018			2018 vs. 2017	
	R.O.	D.H.	TOT.	R.O.	D.H.	TOT.	N°	%
Fossano	1.116	23	1.139	1.096	24	1.120	-19	-1,7%
Mondovì-Ceva	8.078	1.595	9.673	7.783	1.985	9.768	95	1,0%
Savigliano-Saluzzo	11.052	4.130	15.182	11.292	3.828	15.120	-62	-0,4%
<b>TOTALE</b>	<b>20.246</b>	<b>5.748</b>	<b>25.994</b>	<b>20.171</b>	<b>5.837</b>	<b>26.008</b>	<b>14</b>	<b>0,1%</b>

#### Produzione ricoveri 2017-2018 (VALORE)

OSPEDALE	2017			2018			2018 vs. 2017	
	R.O.	D.H.	TOT.	R.O.	D.H.	TOT.	Valore	%
Fossano	5.576.405	97.660	5.674.065	5.297.561	119.107	5.416.668	-257.397	-4,5%
Mondovì-Ceva	28.422.623	1.977.553	30.400.176	27.354.557	2.454.886	29.809.443	-590.733	-1,9%
Savigliano-Saluzzo	36.739.439	4.933.242	41.672.681	39.294.500	4.860.553	44.155.054	2.482.372	6,0%
<b>TOTALE</b>	<b>70.738.467</b>	<b>7.008.456</b>	<b>77.746.922</b>	<b>71.946.619</b>	<b>7.434.546</b>	<b>79.381.165</b>	<b>1.634.243</b>	<b>2,1%</b>

Come si evince dalle seguenti tabelle, la mobilità attiva, in linea con l'andamento della produzione descritto in precedenza, mostra una sostanziale stabilità in termini di numero di casi, ma un notevole incremento del valore; la mobilità passiva risulta sostanzialmente stabile per il numero di casi, ma in aumento in termini di valorizzazione economica. L'incremento è quasi totalmente a carico dell'ASO S. Croce Carle, particolarmente evidente per le discipline di cardiologia, medicina generale, ematologia e malattie infettive; per contro una notevole diminuzione riguarda la cardiocirurgia.

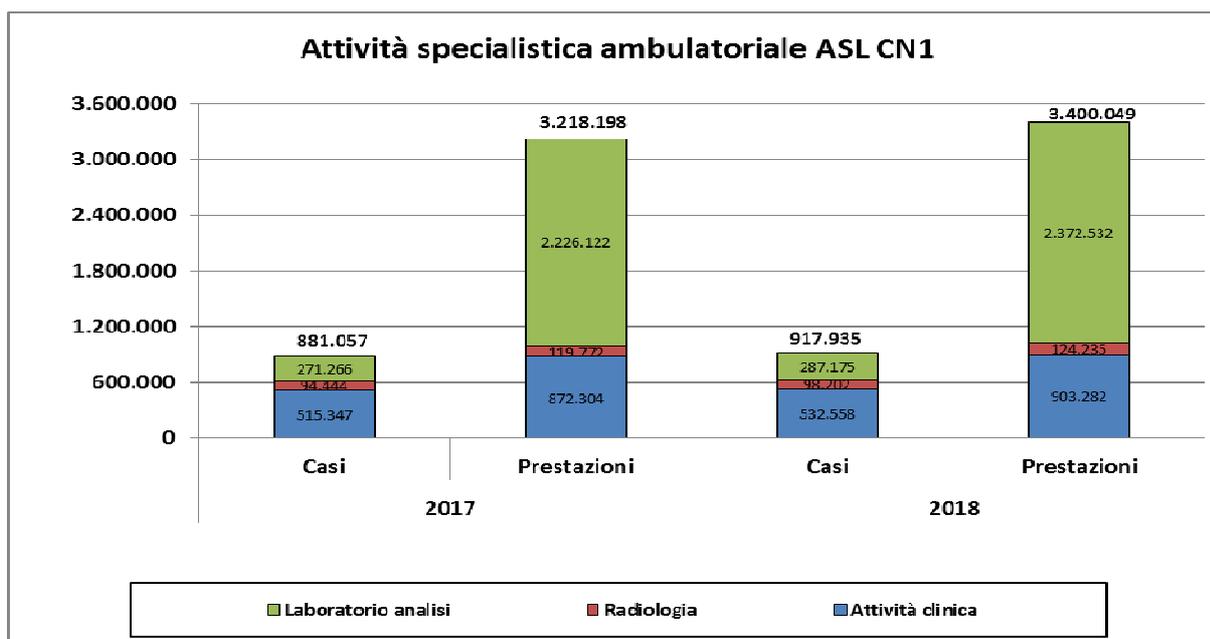
#### Mobilità intraregionale ricoveri 2017-2018 (CASI)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2017	2018	2018 vs. 2017	
				N°	%
Mobilità attiva	Fossano	164	157	-7	-4,3%
	Mondovì-Ceva	527	537	10	1,9%
	Savigliano-Saluzzo	2.740	2.702	-38	-1,4%
	<b>TOTALE</b>	<b>3.431</b>	<b>3.396</b>	<b>-35</b>	<b>-1,0%</b>
Mobilità passiva	ASO Cuneo	28.557	28.770	213	0,7%
	Altro	9.435	9.295	-140	-1,5%
	<b>TOTALE</b>	<b>37.992</b>	<b>38.065</b>	<b>73</b>	<b>0,2%</b>

#### Mobilità intraregionale ricoveri 2017-2018 (VALORE)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2017	2018	2018 vs. 2017	
				N°	%
Mobilità attiva	Fossano	1.070.541	961.527	-109.013	-10,2%
	Mondovì-Ceva	1.977.659	1.901.243	-76.416	-3,9%
	Savigliano-Saluzzo	7.289.268	8.170.337	881.069	12,1%
	<b>TOTALE</b>	<b>10.337.467</b>	<b>11.033.107</b>	<b>695.640</b>	<b>6,7%</b>
Mobilità passiva	ASO Cuneo	96.477.940	98.312.808	1.834.868	1,9%
	Altro	36.109.365	36.171.761	62.395	0,2%
	<b>TOTALE</b>	<b>132.587.305</b>	<b>134.484.568</b>	<b>1.897.263</b>	<b>1,4%</b>

Relativamente alla specialistica ambulatoriale (di seguito rappresentata), nel corso del biennio 2017-2018 si è registrato un aumento dell'attività sia in termini di casi trattati che di numero prestazioni, prevalentemente per gli esami di laboratorio, ma anche per numerose visite specialistiche, grazie ai potenziamenti messi in atto per la riduzione dei tempi d'attesa, coerentemente con le indicazioni regionali.



Di seguito vengono, inoltre, riportate le tabelle con l'analisi della mobilità attiva e passiva della specialistica ambulatoriale:

#### Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2017-2018

TIPO MOBILITA'	2017		2018		2018 vs. 2017			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
Intraregionale	133.956	2.318.053	143.207	2.518.996	9.251	6,9%	200.943	8,7%
Extra-regionale	124.090	1.380.882	127.448	1.426.418	3.358	2,7%	45.536	3,3%
<b>TOTALE</b>	<b>258.046</b>	<b>3.698.935</b>	<b>270.655</b>	<b>3.945.414</b>	<b>12.609</b>	<b>4,9%</b>	<b>246.480</b>	<b>6,7%</b>

Come evidenziato nella tabella precedente, nel 2018 si registra un rilevante aumento della mobilità attiva in termini di numero di prestazioni e di valore tariffario.

## Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2017-2018

EROGATORE	2017		2018		2017 vs. 2016			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
ASO Cuneo	1.521.369	30.934.249	1.563.709	32.037.971	42.340	2,8%	1.103.722	3,6%
Altro	287.817	7.095.845	300.780	7.702.570	12.963	4,5%	606.725	8,6%
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.809.186</b>	<b>38.030.095</b>	<b>1.864.489</b>	<b>39.740.541</b>	<b>55.303</b>	<b>3,1%</b>	<b>1.710.446</b>	<b>4,5%</b>

Anche per quanto riguarda la mobilità passiva di specialistica ambulatoriale si osserva un incremento, rispetto al 2017. Le principali motivazioni sono le seguenti:

- l'incremento registrato verso "ASO Cuneo" è stato determinato in gran parte al notevole aumento di interventi ambulatoriali di oculistica (cataratta e iniezioni intravitreali) e dell'attività di radioterapia e medicina nucleare
- l'incremento verso "Altre" strutture regionali è invece riconducibile prevalentemente a prestazioni di diagnostica e terapia oncologica effettuate soprattutto presso l'IRCCS di Candiolo.

Di seguito, infine, si rappresenta l'attività del Pronto soccorso, suddivisa per codice di gravità (codice colore dalla minore urgenza- bianco alla maggiore urgenza – rosso).

### Accessi Pronto Soccorso 2017-2018 (produzione ASL CN1)

CODICE COLORE	2017	2018	2018 vs. 2017
Bianco	13.343	12.325	-1.018
Verde	85.562	85.281	-281
Giallo	8.351	9.330	979
Rosso	677	694	17
<b>Totale</b>	<b>107.933</b>	<b>107.630</b>	<b>-303</b>

Nel 2018 si è registrato una lieve diminuzione del numero di passaggi in Pronto Soccorso rispetto al 2017. Nel dettaglio della casistica, si segnala soprattutto una riduzione dei codici bianchi e un aumento dei codici gialli, che indica una maggiore complessità della casistica trattata.

### Attività distrettuale

La riorganizzazione dell'Azienda sulle nuove articolazioni distrettuali, come si è detto, si è realizzata al

termine. Pertanto i dati seguenti che si riportano relativi all'attività, sono realizzati utilizzando la struttura aziendale preesistente e pertanto sono riferiti ai precedenti 6 Distretti:

- Distretto di Cuneo e Borgo San Dalmazzo;
  - Distretto di Dronero;
  - Distretto di Mondovì;
  - Distretto di Ceva;
  - Distretto di Fossano-Savigliano;
  - Distretto di Saluzzo.
- } Confluiti ora nel Distretto di Sud Ovest

} Confluiti ora nel Distretto di Sud Est

Ora Distretto Nord Est

Ora Distretto Nord Ovest

L'attività, descritta nelle tabelle seguenti, si riferisce alla residenzialità e semiresidenzialità per anziani (con il riferimento anche all'ospedale di comunità), per disabili e alla gestione dell'assistenza domiciliare (accessi e presa in carico dei pazienti).

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI (n. giornate di assistenza)				
	2016	2017	2018	
<b>Distretto Cuneo</b>	147.757	<b>193.436</b>	<b>182.581</b>	<b>Distretto Sud Ovest</b>
<b>Distretto Dronero</b>	44.388			
<b>Distretto Mondovì</b>	95.696	<b>131.336</b>	<b>119.626</b>	<b>Distretto Sud Est</b>
<b>Distretto Ceva</b>	42.114			
<b>Distretto Saluzzo</b>	114.075	<b>110.667</b>	<b>109.427</b>	<b>Distretto Nord Ovest</b>
<b>Distretto Fossano</b>	107.460	<b>103.317</b>	<b>99.322</b>	<b>Distretto Nord Est</b>
<b>TOTALE</b>	<b>551.490</b>	<b>538.756</b>	<b>510.956</b>	

L'aumento delle giornate di CAVS negli Ospedali dell'ASL CN1 e nelle Strutture Private Accreditate, seppur in numeri assoluti non compensi il calo delle giornate di assistenza residenziale per anziani, avendo un setting assistenziale più complesso ed un valore economico maggiore, dimostra l'attenzione dell'Azienda verso le problematiche degli anziani, come si evince dalla tabella seguente:

ATTIVITA' CAVS (ASLCN1 e Privati) (n. giornate di assistenza)			
	2016	2017	2018
<b>TOTALE ASL CN1</b>	<b>29.505</b>	<b>34.016</b>	<b>34.277</b>

OSPEDALE DI COMUNITA' DI DEMONTE (n. giornate di degenza)			
	2016	2017	2018
<b>Distretto Sud Ovest</b>	<b>3.233</b>	<b>2.952</b>	<b>3.352</b>
<b>TOTALE</b>	<b>3.233</b>	<b>2.952</b>	<b>3.352</b>

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI (n. giornate di assistenza)				
	2016	2017	2018	
Distretto Cuneo	2.927	<b>2.533</b>	<b>1.988</b>	<b>Distretto Sud Ovest</b>
Distretto Dronero	32			
Distretto Mondovì	0	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Distretto Sud Est</b>
Distretto Ceva	0			
Distretto Saluzzo	3.589	<b>3.049</b>	<b>3.505</b>	<b>Distretto Nord Ovest</b>
Distretto Fossano	168	<b>304</b>	<b>385</b>	<b>Distretto Nord Est</b>
<b>TOTALE</b>	<b>6.716</b>	<b>5.886</b>	<b>5.878</b>	

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI (n. giornate di assistenza)				
	2016	2017	2018	
Distretto Cuneo	34.297	<b>48.862</b>	<b>51.357</b>	<b>Distretto Sud Ovest</b>
Distretto Dronero	7.999			
Distretto Mondovì	17.997	<b>23.095</b>	<b>21.184</b>	<b>Distretto Sud Est</b>
Distretto Ceva	3.662			
Distretto Saluzzo	16.099	<b>15.930</b>	<b>15.627</b>	<b>Distretto Nord Ovest</b>
Distretto Fossano	30.728	<b>30.353</b>	<b>31.275</b>	<b>Distretto Nord Est</b>
<b>TOTALE</b>	<b>110.782</b>	<b>118.240</b>	<b>119.443</b>	

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI (n. giornate di assistenza)				
	2016	2017	2018	
Distretto Cuneo	30.387	44.745	43.995	Distretto Sud Ovest
Distretto Dronero	10.631			
Distretto Mondovì	10.851	12.826	12.685	Distretto Sud Est
Distretto Ceva	2.774			
Distretto Saluzzo	10.247	11.150	10.947	Distretto Nord Ovest
Distretto Fossano	14.219	15.806	16.685	Distretto Nord Est
<b>TOTALE</b>	<b>79.109</b>	<b>84.527</b>	<b>84.312</b>	

ALTRE ATTIVITA' (n. giornate Nucleo stato vegetativo (NSV) e Nucleo di alta complessità neurologica (NAC))				
	2016	2017	2018	
Distretto Cuneo	1.314	1.206	795	Distretto Sud Ovest
Distretto Dronero	0			
Distretto Mondovì	92	594	240	Distretto Sud Est
Distretto Ceva	0			
Distretto Saluzzo	366	598	430	Distretto Nord Ovest
Distretto Fossano	525	1.014	1.306	Distretto Nord Est
<b>TOTALE</b>	<b>2.297</b>	<b>3.412</b>	<b>2.771</b>	

Nell'ambito dei Distretti Sanitari sono stati realizzati interventi di sistema della programmazione socio-sanitaria che rispondono al modello di presa in carico globale della persona, nonché all'esigenza di valorizzazione delle competenze e delle interrelazioni funzionali tra i professionisti coinvolti basate sul confronto delle rispettive esperienze e competenze.

Concorrono alla presa in carico del paziente:

- i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta che propongono al Distretto l'apertura di interventi di ADI o di ADP, assicurando agli utenti, che si trovano in determinate condizioni di bisogno sanitario, accessi presso il domicilio per il mantenimento o il miglioramento del loro stato di salute;
- le UVG e le UMVD che effettuano le valutazioni multidimensionali rispettivamente dell'anziano e del disabile.

## Dati di attività relativi alle Cure Domiciliari:

### Utenti >=65 aa. in carico 2016 -2018

DISTRETTO	Mono-professionale			Multi-professionale			Totale		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Distretto Sud-Ovest	531	703	672	3.277	2.578	2.630	3.808	3.281	3.302
Distretto Sud-Est	551	547	504	2.434	2.160	2.063	2.985	2.707	2.567
Distretto Nord-Est	465	277	266	2.211	1.951	1.975	2.676	2.228	2.241
Distretto Nord-Ovest	293	347	336	2.186	1.871	1.776	2.479	2.218	2.112
<b>Totale ASL CN1</b>	<b>1.840</b>	<b>1.874</b>	<b>1.778</b>	<b>10.108</b>	<b>8.560</b>	<b>8.444</b>	<b>11.948</b>	<b>10.434</b>	<b>10.222</b>

### I dati del Dipartimento di Salute Mentale

In relazione alla densità della popolazione, alla particolare estensione territoriale e difficoltà di comunicazione, il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) ha attivato:

n. 8	Centri di Salute Mentale	Cuneo, Boves, Dronero, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo, Savigliano
n. 10	Ambulatori decentrati	Busca, Caraglio, Cuneo, Robilante, Villanova Mondovì, Garessio, Barge, Carrù, Monesiglio

Le prime visite ambulatoriali vengono di norma garantite entro 15 giorni lavorativi e comunque mai oltre i 30 giorni.

L'attività dei Centri di Salute Mentale in numeri:

Attività	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Utenti in carico	6.909	6.954	7.032
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	43.685	48.113	49.346
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	37.707	35.182	34.054
Borse lavoro (n. utenti)	204	220	231
Assegni terapeutici (n. utenti)	205	213	195

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi (S.P.D.C.) e Cura del D.S.M. sono ubicati nel contesto delle rispettive Aziende Ospedaliere. Erogano trattamenti sanitari volontari e obbligatori (T.S.O.) in condizioni di ricovero; esplicano attività di consulenza e nel contesto del D.E.A., di Pronto Soccorso.

<b>Ricoveri ospedalieri in SPDC</b>				
<b>Gli SPDC del D.S.M. :</b>	<b>N. posti letto</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	459	477	456
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	430	406	379
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	381	390	407
<b>Totale</b>	<b>48 pl</b>	<b>1.270</b>	<b>1.273</b>	<b>1.242</b>

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce inoltre direttamente:

- n. 3 Comunità Protette Psichiatriche S.R.P. 2 Livello 1 (Cussano, Mondovì, Ceva) per un totale di 54 posti letto;
- n. 4 Comunità Protette Psichiatriche S.R.P. 2 Livello 2 (Racconigi, Boves) per un totale di 40 posti letto;
- n. 4 Gruppi Appartamento S.R.P. 3 a fasce orarie per un totale di 15 posti letto;

Totale 109 posti letto di residenzialità a Gestione Diretta.

Il Dipartimento di Salute Mentale dispone di 7 Centri Diurni: Cuneo, Dronero, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo e Racconigi.

### **I dati del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze (D.P.D.)**

Il D.P.D. è un servizio territoriale strutturato su 7 sedi che garantiscono la copertura del territorio dell'ASL CN1; la sua funzione è quella di trattare le dipendenze da sostanze sia legali sia illegali e i comportamenti additivi, con un'attività formalizzata per il gioco d'azzardo patologico (GAP).

La prima tabella mette in evidenza il numero di utenti in carico al D.P.D. rilevato da PADDI per l'anno 2016, (banca dati regionale) divisi per programma ambulatoriale e per programma in carcere) mentre per l'anno 2017 e 2018 si fa riferimento alle statistiche del programma regionale di informatizzazione

delle dipendenze HTH. La seconda tabella mette in evidenza il numero di giornate per inserimenti residenziali, mentre la terza presenta i dati delle prestazioni erogate a livello ambulatoriale.

In generale si può osservare, per il 2018, che a fronte di un aumento di utenti rispetto all'anno precedente, il numero delle prestazioni non si è incrementato proporzionalmente. Il dato va correlato ad un cambiamento della tipologia di utenza (circa il 45% dell'attività è orientata a valutazioni diagnostiche su richiesta di magistratura, medico competente, prefettura, UEPE) che prevede interventi di durata più breve.

<b>Utenti in carico DPD</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>	<b>Note</b>
Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti	1.751	1.978	2627	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti in carcere	257	348	283	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERT in carcere
<b>Totale</b>	<b>2.008</b>	<b>2.326</b>	<b>2.910</b>	

<b>N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta</b>	<b>Strutture accreditate per le dipendenze</b>	<b>Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)</b>
Anno 2016	15.619	2.257
Anno 2017	14.971	2.433
Anno 2018	17.168	2.089

Prestazioni ambulatoriali	Sanitarie (visite mediche)	Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)	Totali
Anno 2018	17.782 visite comprese attività in carcere per pazienti con dipendenza	5.389 prestazioni psicologiche 12.269 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni)	35.440
Anno 2017	16.443 + 1.013 visite mediche istituti penitenziari ASLCN1 per pazienti con dipendenza	4.907 prestazioni psicologiche + 11.547 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni)	33.910
Anno 2016	18.640 + 913 visite mediche istituti penitenziari ASL CN1 per pazienti con dipendenza	5.284 prestazioni psicologiche + 12.944 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni)	37.781

Si presentano di seguito due tabelle che illustrano i progetti ai quali il SERT ha aderito, suddivisi tra quelli gestiti direttamente dal Servizio e quelli nei quali ha prestato la propria collaborazione.

#### PROGETTI SERT (gestiti direttamente dal servizio)

Nome progetto	Target	Tipo di intervento	Numeri	Sede degli interventi
Consapevolmente	Studenti	INFORMATIVO (trasmissione di informazioni/conoscenze con modalità uni-direzionale: lezione, conferenza, convegno...) EDUCATIVO (educazione ad un comportamento, stile di vita tramite attività didattico-educative a scuola,)		Scuole superiori di Mondovì
Unplugged	Insegnanti	FORMATIVO (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...)	1 corso di formazione per insegnanti	Tutta l'ASL
Cantiere adolescenti (in collaborazione con DSM, consultorio, NPI)	Adolescenti	Intervento di aggancio precoce, valutazione e presa in carico		4 sedi in ASL: Mondovì, Cuneo, Saluzzo e Savigliano
FREE STYLE	Studenti terza superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education		Distretto Nord-Ovest e Nord-Est

Che ne s' AIDS	Studenti quarta superiore	Informativo sui rischi da malattie infettive, in modo particolare la patologia da HIV	Distretto Nord- Ovest e Nord-Est,
----------------	---------------------------------	---	--------------------------------------

### PROGETTI A CUI IL SERT COLLABORA

Nome del progetto	Ente gestore	Attività del progetto	Tipo di progetto/ fondi	Modalità di collaborazione
“Dal Mondo intorno a me, all’infinito dentro di me”	ACAT	Percorso formativo	Progetto finanziato dalla CRC	Partner
PUNTA SU DI TE 2.0	CIS in collaborazione con ASL CN1 e ASL CN2	Attività di informazione - prevenzione sul Gioco d’azzardo patologico	Progetto rifi naziato dalla CRC per la seconda annualità	Partner

## Dipartimento di prevenzione

### AREA A - Sanità Animale Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
BOVINI	378.827	477.048	450.419
SUINI	61.936	64.885	95.386
AVICOL	5.500	4.051	4.558
EQUINI	1.397	1.494	1.396
OVI-CAPRINI	11.243	11.764	11.016
SELVATICI	370	1.134	579
SELVAGGINA	38	345	0
ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI	5.317	4.982	4.368

### AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
BOVINI	220.882	225.405	237.013
SUINI	245.603	246.901	242.903
OVICAPRINI	21.176	22.188	22.451
AVICUNICOLI	11.238.470	11.188.745	11.490.601
EQUINI	132	72	50
CINGHIALI	151	0	0

### AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

ATTIVITA'	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
<b>Ispezioni</b> (presso stabilimenti ed allevamenti)	3.729	4.083	3.539
<b>Audit</b> (presso attività produttive, presso allevamenti/stabilimenti)	102	59	52
<b>Campionamento</b> (numero campioni in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte)	1.781	1.635	1.365
<b>Atti Amministrativi</b> (certificati per export di merci, vidimazione registri, istruttorie riconoscimenti/registrazioni, diritti veterinari emessi)	3.341	3.858	4.543
Pareri (pratiche ambientali/pratiche sportello)	92	84	95

**SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione**  
**Dati di attività 2016 -2017- 2018**

ATTIVITA'	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
<b>Ispezioni</b> (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	1.251	1.490	1.669
<b>Campionamenti</b> (alimenti e acque minerali – acque potabili)			
<b>Audit</b> (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	28	24	11
<b>Campionamento</b> (alimenti - acque minerali - acque potabili)	2.011	1.942	1.744
<b>Atti Amministrativi</b> (certificati esportazione, notifiche temporanee, nr. istruttorie riconoscimenti/registrazioni)	3.327	3.998	4.156
<b>Promozione salute</b> (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione):			
ore dedicate	226	143	236
nr. soggetti raggiunti	3.629	1.531	2.961
<b>Nutrizione</b> (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale)			
nr. soggetti raggiunti	3.721	1.313	587
pareri, sopralluoghi, riunioni	860	1.401	1.314
ore dedicate	84	59	47
<b>Altre Autorizzazioni</b> (pareri pratiche ambientali e da SUAP)	132	118	115

**SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro**  
**Dati di attività 2016 – 2017 - 2018**

ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo	1.323	1.047	1.300
Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08)	3.373	3.687	3.812
Infortuni registrati	3.932	4.002	3.672
Inchieste infortuni concluse	61	81	60
Malattie professionali pervenute	112	115	133
Malattie professionali indagate	131	105	107
Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente	10	11	9
Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08	532	539	503

**SISP – Igiene e Sanità Pubblica**  
**Dati di attività 2016 – 2017 - 2018**

ATTIVITA'	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti –progetti edilizi – richieste agibilità/abitabilità e rilascio pareri di competenza	827	611	440
Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate)	191	283	268
Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo	1.710	1.647	1.476
Nr. attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi	491	282	533
Nr. attività finalizzate ad autorizzazione o controlli di altri edifici	336	375	463
Nr. attività finalizzate a controllo in ambiente esterno e altri controlli	869	792	542
Nr. partecipazione a commissioni	1.474	1.228	1.124
Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti	78	38	40
Nr. attività di polizia mortuaria	4.807	4.968	5.645
Nr. controlli malattie infettive	3.253	3.938	3.472
Nr. persone a cui è stato fornito counselling per medicina viaggi	1.736	2.003	2.532
<b>Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate</b>			
Nr. vaccinazioni gestite	65.138	85.060	97.991
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	59.529	78.154	90.072
<b>Gestione campagna vaccinazione antinfluenzale</b>			
Nr. vaccinazioni gestite	68.525	72.000	70.000
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	657	1.151	510

**Medicina dello Sport**  
**Dati di attività 2016 – 2017 - 2018**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Visite Mediche	6.232	6.079	5.617
ECG a riposo e da sforzo	6.285	6.212	5.702
Esame Urine	6.081	6.004	5.521
Spirometria	6.232	6.079	5.617
Certificazioni di idoneità/non idoneità	6.442	6.219	5.714

**Medicina Legale**  
**Dati di attività 2016 – 2017 - 2018**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Anno 2018</b>
Patenti e Certificazioni	11.306	10.345	10.596
Porto d'Armi	1.104	1.597	1.615
Idoneità per il lavoro	7.810	4.749	2.054
Stati invalidanti	14.623	14.989	13.351
Certificazioni	2.415	2.149	1.336
Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti	48	36	38
Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni	617	536	475
Medicina necroscopica	3.747	4.432	4.827
Gestione del rischio clinico (Risk management) Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce	49	49	54
Ricavi	188.244,00	205.446,00	207.680,00



## 2.4 Progetti di miglioramento della qualità percepita

Il D.Lgs. 150/2009, modificato dal D.Lgs. 74/2017, all'art. 7 comma c) sancisce la partecipazione dei cittadini nella valutazione della Performance dell'Azienda ovvero definisce che la funzione di misurazione e valutazione della performance è svolta anche *“dai cittadini o dagli altri utenti finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'amministrazione, partecipando alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione”* e all'art. 19-bis definisce che *“i cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo Indipendente di Valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo.*

*Ciascuna amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini in relazione alle attività e ai servizi erogati, favorendo ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi”.*

I cittadini vengono coinvolti nel sistema di misurazione in modo sistematico ed organico attraverso le indagini di *customer satisfaction* volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione. Questo può avvenire con somministrazione di questionari appositamente predisposti ad un campione di utenti; realizzazione di interviste strutturate o semi-strutturate; organizzazione di focus group.

Dopo l'esperienza dei focus group nel corso del 2017, nel 2018 si è deciso di procedere alla somministrazione di **questionari** nei Presidi Ospedalieri.

Di seguito si riporta la relazione prodotta dalla Funzione Qualità in merito a quanto rilevato.

### RELAZIONE SUI DATI RACCOLTI DALLA “SODDISFAZIONE DEL CLIENTE”

DICEMBRE 2018



POSITIVO



SUFFICIENTE



NEGATIVO

L'indagine relativa alla Customer Satisfaction "Aiutateci a migliorare" è stata condotta nei 5 presidi ospedalieri dell'ASLCN1, nella settimana tra il 10 e il 16 dicembre 2018.

I questionari (dei quali è riportato a fianco uno come esempio) sono stati consegnati a tutti i pazienti in dimissione nella settimana indice.

I dimessi sono stati 376, mentre i questionari raccolti sono stati 289, con una risposta del 77%.

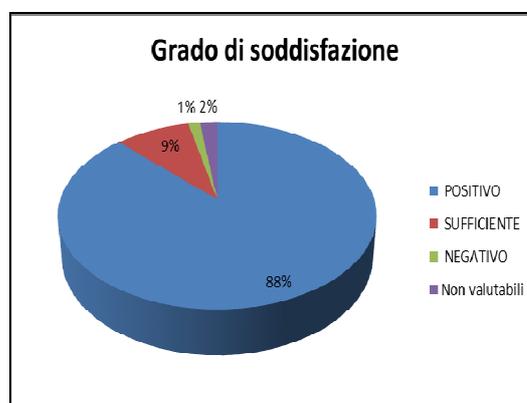
Sono stati ascoltati i pareri dei pazienti ricoverati/parenti nelle strutture di degenza dei Dipartimenti:

- Medicina generale e riabilitativa
- Medicina specialistica
- Chirurgia
- Materno infantile, ad esclusione della Ostetricia, Pediatria, Neonatologia

Le tabelle riassuntive, con dati per dipartimento, sono archiviate presso la Funzione Qualità e sono a disposizione per la consultazione.

Le risposte prevedevano di dare una valutazione generale del servizio e dell'assistenza ricevuti, indicando negativo, sufficiente o positivo, con la possibilità di esprimere un commento e di lasciare un recapito per essere ricontattati. Di seguito sono riportate le percentuali in base al grado di soddisfazione.

<b>TOTALE QUESTIONARI RITORNATI:</b>	<b>289</b>	
di cui:		
Grado di soddisfazione POSITIVO	253	87,54%
Grado di soddisfazione SUFFICIENTE	26	9,00%
Grado di soddisfazione NEGATIVO	4	1,38%
Non valutabili	6	2,08%



I commenti discorsivi sono stati 116, dapprima riuniti in base alle parole chiave in 4 categorie e successivamente suddivisi in “positivi” e “negativi” (vedi tabella riassuntiva).

Commento	Assistenza	Organizzazione	Struttura	Ristorazione	TOTALE
Positivo	88	5	7	2	102
Sufficiente	7	3	4	4	18
Negativo	5	2	4	5	16
non valutabile	4	0	2	0	6
<b>TOTALE</b>	<b>104</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>142</b>

Si segnala che, di comune accordo con i rappresentanti dei cittadini dell’equipe mista (progetto Agenas Regione Empowerment), sono stati contattati telefonicamente i cittadini che avevano fornito recapito e dato parere negativo.

Pur emergendo un quadro positivo e con elevata percentuale di gradimento, in relazione ai dati raccolti, nel corso del 2019 si provvederà alla condivisione dei dati con le Strutture interessate e competenti, al fine di proporre alla Direzione possibili azioni di miglioramento.

## IMPLEMENTAZIONE DELL’INFORMAZIONE AL CITTADINO

Correlato al progetto Agenas Regione Empowerment e per l’ambito relativo all’*accesso alle informazioni*, la Funzione Qualità in collaborazione con l’URP e le Coordinatrici di Dipartimento ha provveduto ad elaborare un libretto di accoglienza, che è stato poi sottoposto alla Commissione Mista Conciliativa durante l’incontro del 24/05/2018 per una condivisione dei contenuti.

La Guida alla vita di reparto, nata con l’obiettivo di assicurare una puntuale informazione al cittadino



nel momento in cui necessita di ricovero in uno dei Presidi Ospedalieri dell’Azienda, è stata approvata all’unanimità e si è concordato di renderla disponibile sul sito Internet aziendale all’indirizzo <http://www.aslcn1.it/ospedali/>, oltre che distribuirla in forma cartacea.

Ad integrazione dell’informativa generale sull’organizzazione della vita di reparto (documenti necessari per il ricovero, orari di visita e di colloquio con i medici, diritti e doveri del paziente, prevenzione...) sono stati elaborati, inoltre, degli opuscoli informativi specifici per i reparti che

necessitano di dare informazioni più dettagliate riguardo le prestazioni e/o l'iter procedurale di accesso.



DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO  
Direttore: Dott. Baldassarre DORONZO  
S.S. Cardiologia Riabilitativa  
Responsabile: Dott. Giovanni LEONARDI

## CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

**Ospedale SS. Trinità  
via Ospedale, 4 - FOSSANO**

**UBICAZIONE E CONTATTI**

Il reparto si trova al primo piano dell'ospedale di Fossano.  
Coordinatore Infermieristico: Sig.ra Nadia Dainese

È possibile contattare la struttura ai seguenti recapiti:  
tel. 0172/699363 - 0172/699365.  
E-mail: riabilitazionecardio.fossano@aslcn1.it

Posti letto: 16

**INFORMAZIONI GENERALI**

L'accesso alla Struttura di Riabilitazione cardiologica, solitamente è successivo ad un ricovero per problemi cardiorespiratori o cardiocirurgici dopo la fase acuta della malattia.  
Gli obiettivi della nostra struttura sono favorire la stabilità clinica, ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società; diminuire il rischio di successivi eventi cardiovascolari, ottimizzare la terapia medica, e migliorare la qualità della vita.





## DIPARTIMENTO CHIRURGICO PRESIDI OSPEDALIERI MONDOVI' CEVA



- **S.C. CHIRURGIA GENERALE**  
Direttore Dr. A. Gattolin
- **S.C. OCULISTICA**  
Direttore Dr.ssa G. Gallarate
- **S.C. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
Direttore Dr. G. Bianco
- **S.C. UROLOGIA**  
Direttore Dr. P. Coppola



### 3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Come descritto nel Piano della Performance 2018, le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione sulla base delle linee di indirizzo regionali, coerentemente con le esigenze espresse dal territorio di riferimento, e vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture, attraverso il processo di budgeting. Tali strategie comprendono anche la definizione delle priorità degli investimenti.

Tramite il sistema di budgeting vengono definiti, per ogni struttura operativa, gli obiettivi strategici e, attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione.

Secondo quanto descritto nell'Albero della Performance dell'ASL (contenuto all'interno del Piano della Performance 2018), come gli scorsi anni è stata adottata l'impostazione che individua prospettive, dimensioni e obiettivi, in una struttura a cascata:

- le **prospettive** caratterizzano i processi di erogazione dei servizi;
- le **dimensioni** stabiliscono i fattori da monitorare;
- gli **obiettivi** definiscono i progetti dal punto di vista operativo, che poi vengono caratterizzati da indicatori e target di riferimento.

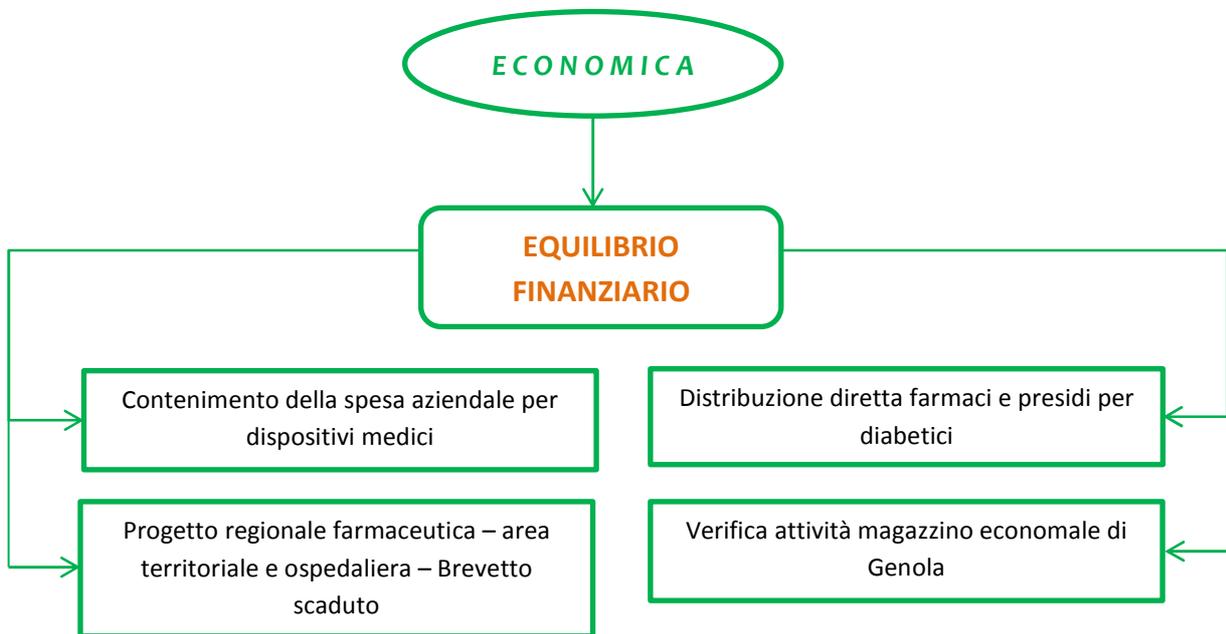
Ne consegue il seguente schema di riferimento di prospettive e dimensioni:

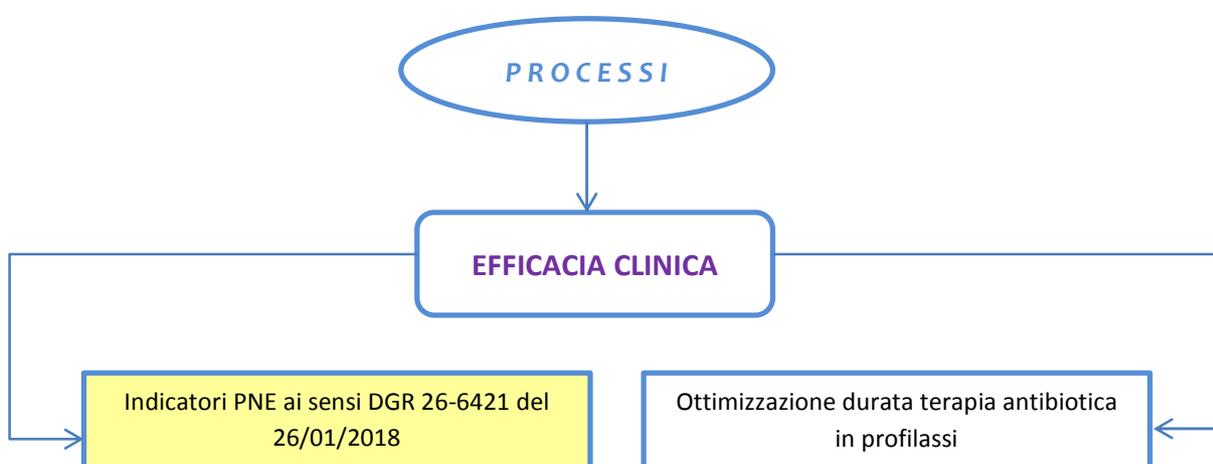
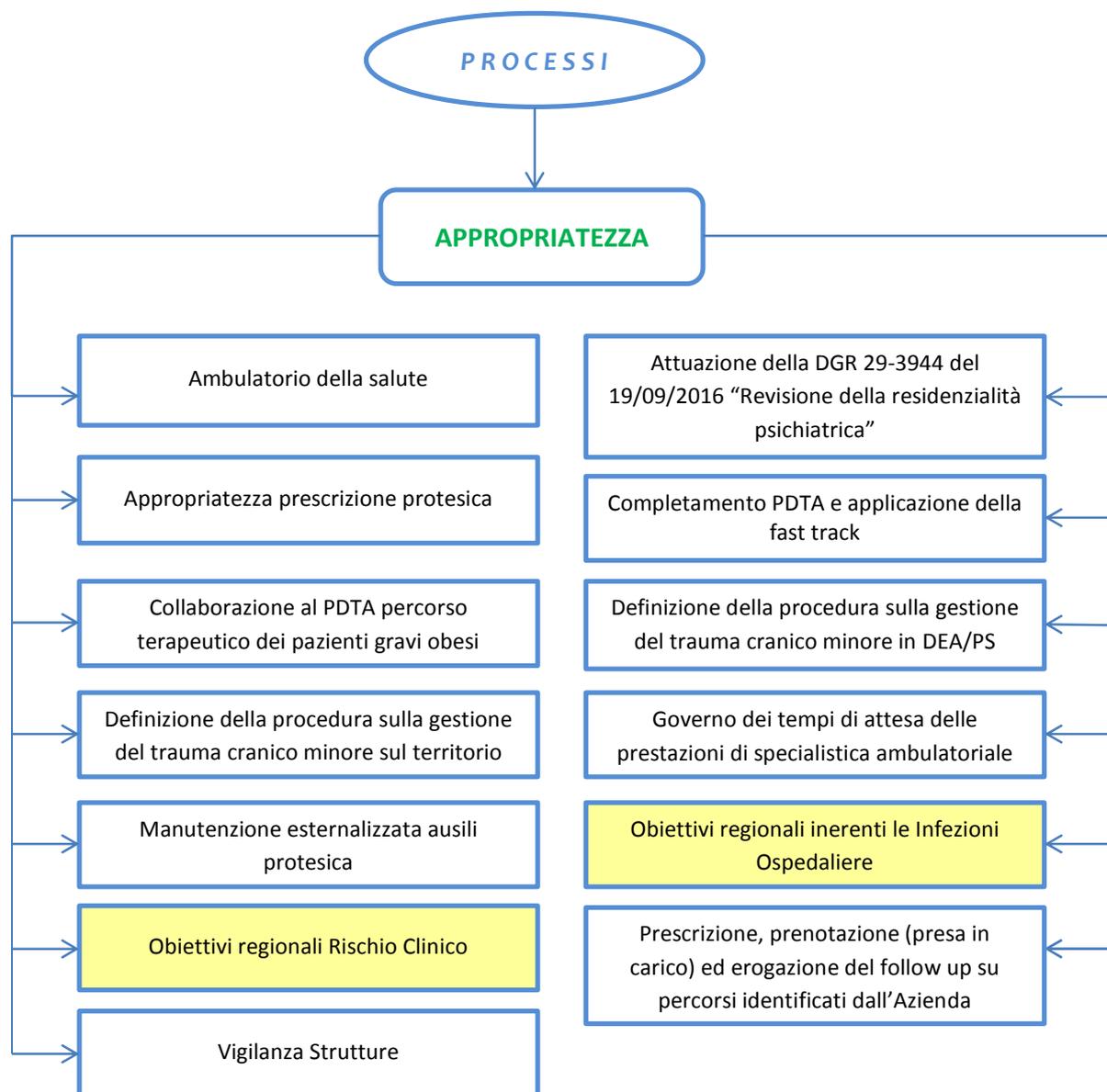
PROSPETTIVE	Dimensioni
Processi	Legalità, Appropriatelyzza, Efficienza, Integrazione/Coordinamento, Efficacia clinica, Innovazione, Soddisfacimento del bisogno
Economica	Equilibrio finanziario
Professionisti operatori	Sviluppo professionale
Tutela	Prevenzione, Integrazione/Coordinamento, Soddisfacimento del bisogno

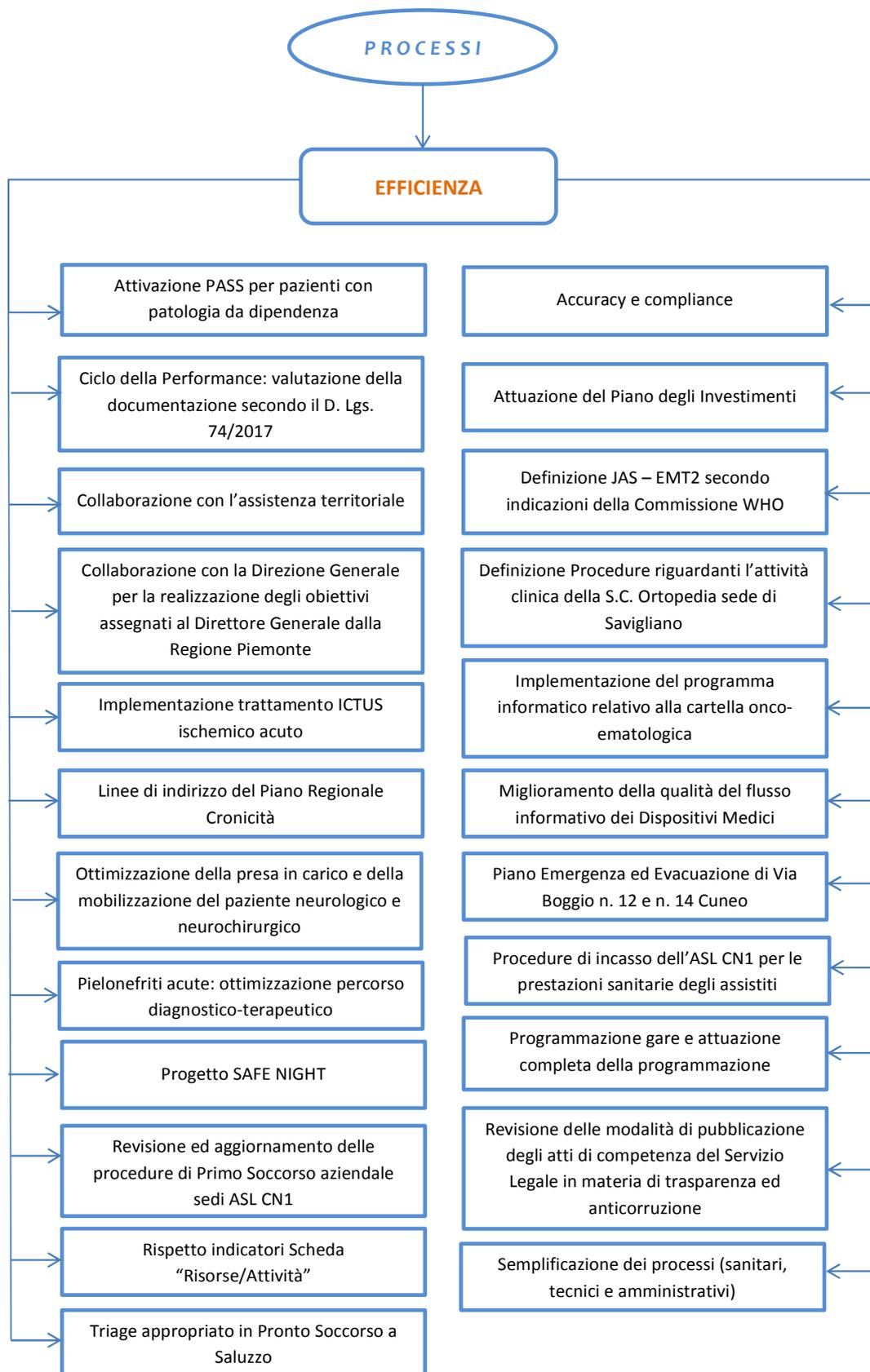
Pare opportuno segnalare che, già a partire dal mese di Dicembre 2017, la Direzione strategica dell'ASL CN1 aveva stabilito un Piano delle Azioni contenente la programmazione strategica per l'anno 2018 in tutti gli ambiti aziendali, per la definizione del quale la Direzione Generale dell'Azienda si è avvalsa del supporto delle Macrostrutture aziendali e del Collegio di Direzione, attraverso riunioni ed incontri specifici. Nel Piano delle Azioni sono state definite le specifiche aree di intervento, le azioni con riferimento a quanto già eventualmente avviato e/o completato nel corso dell'anno 2017 e gli intendimenti per le proposte di attività per l'anno 2018. Infatti, come esplicitato nel Piano della Performance 2018, dal Piano delle Azioni 2018, è discesa la definizione degli obiettivi specifici per le strutture aziendali, che sono stati determinati con l'aiuto dei Responsabili individuati, delle Strutture di Staff e del Coordinamento budget. L'albero della performance nasce infatti proprio dalla traduzione di quanto sopra descritto in obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2018.

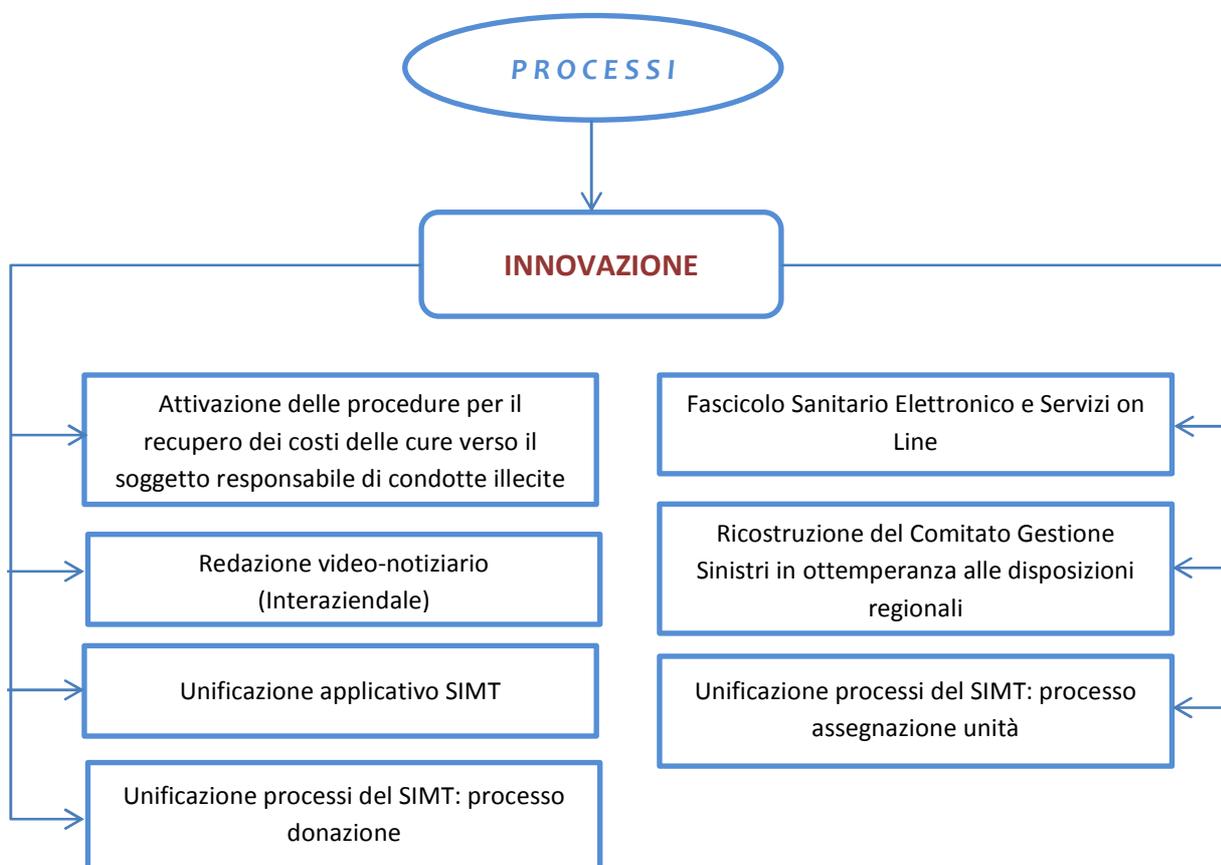
Per ogni obiettivo è stato individuato un Responsabile: è una figura aziendale incaricata della gestione operativa degli obiettivi strategici, dalla fase iniziale di individuazione delle strutture, degli indicatori e dei target specifici alle fasi di monitoraggio infrannuale ed annuale (a consuntivo) dell'andamento degli obiettivi organizzativi assegnati all'inizio dell'anno di riferimento.

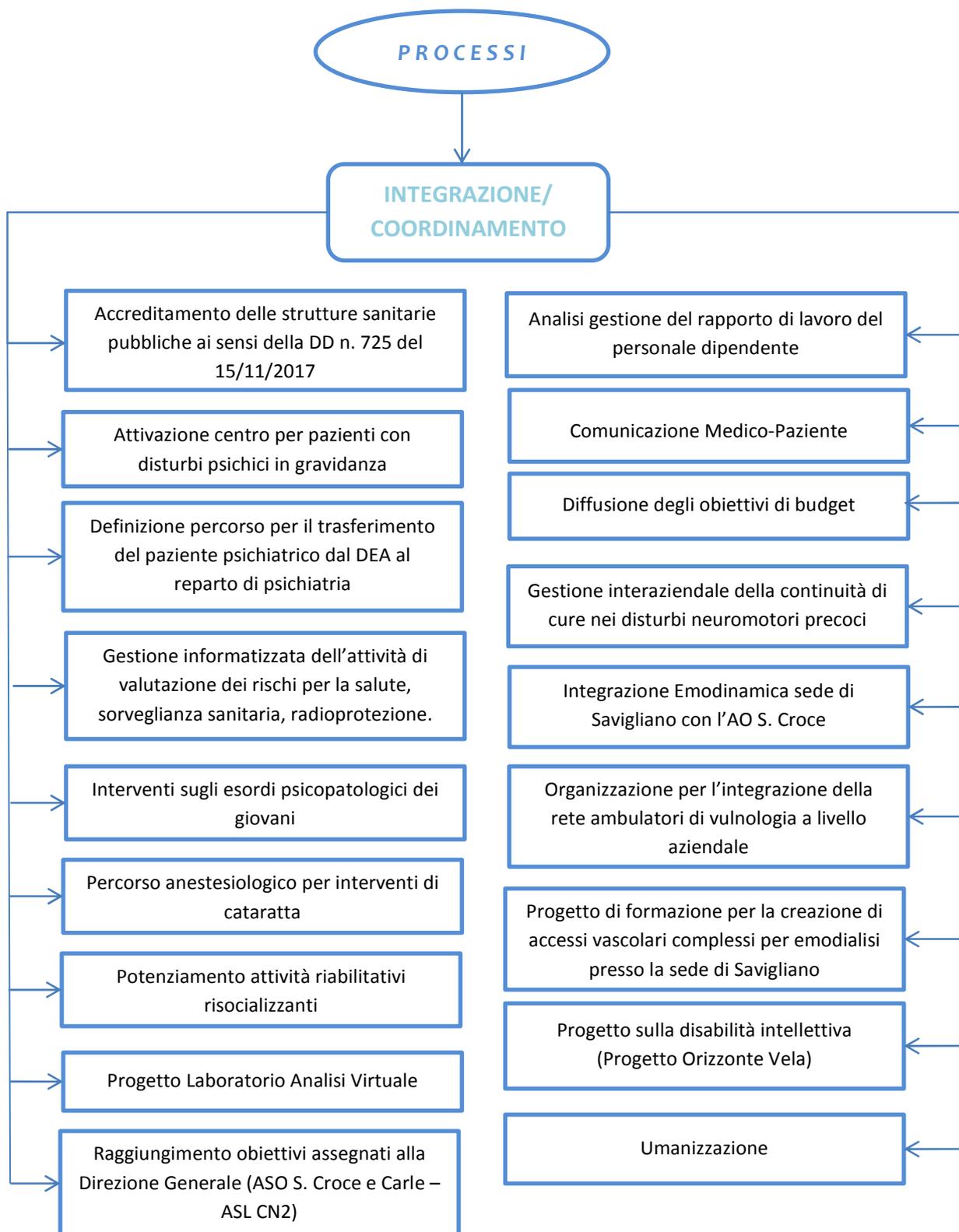
Negli schemi seguenti sono elencati gli obiettivi suddivisi per Prospettiva e Dimensione. Sono evidenziati in giallo gli obiettivi non pienamente raggiunti.



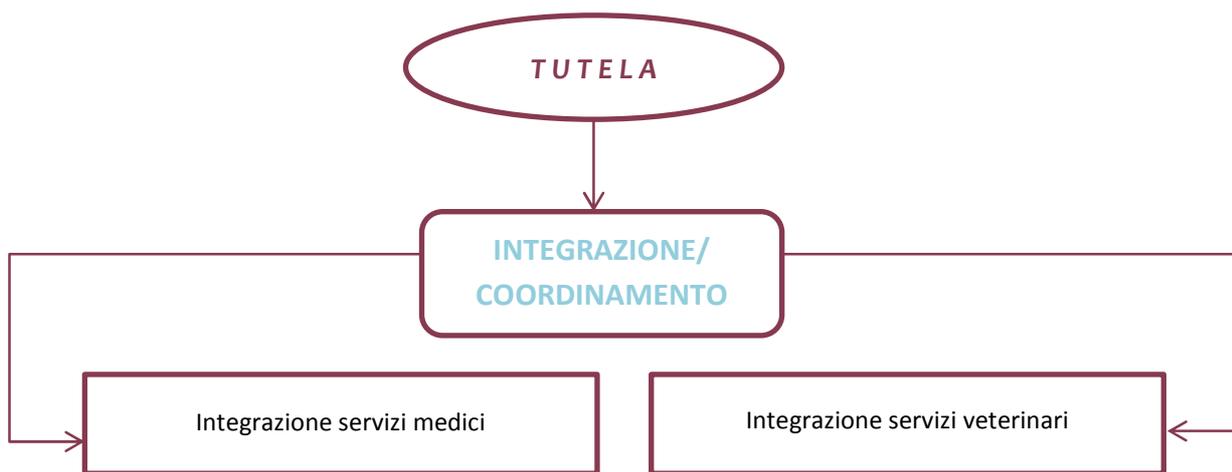
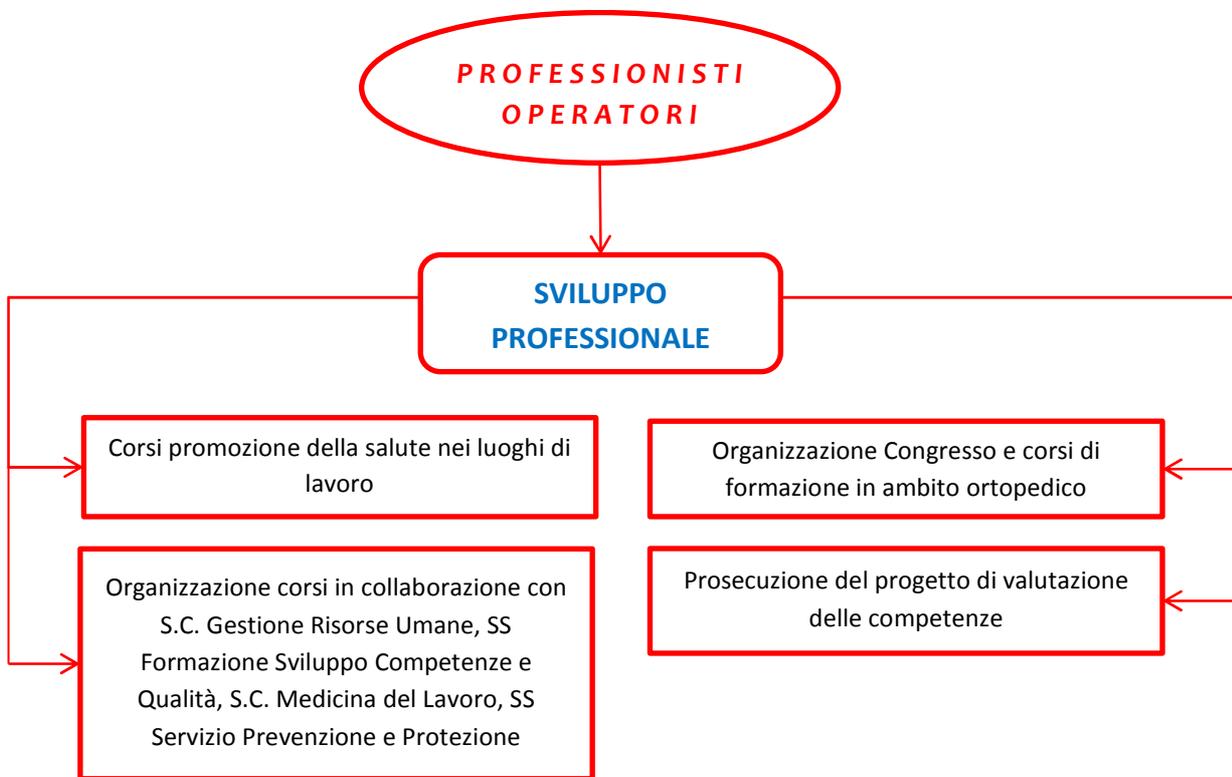


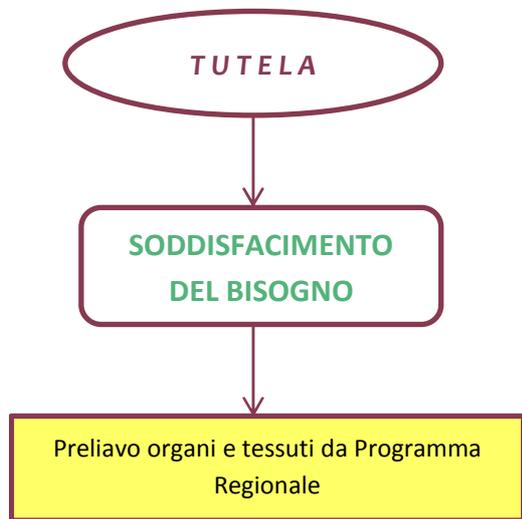
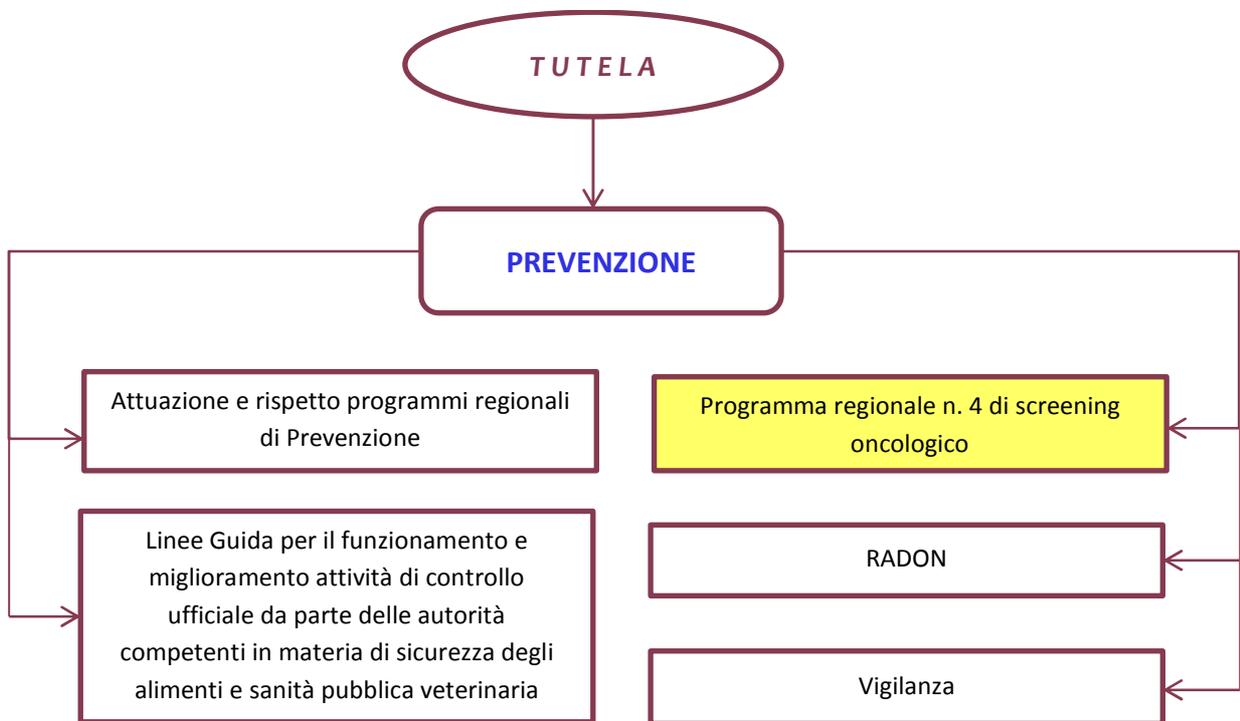












### **3.1 Monitoraggio infrannuale**

Il processo di budget prevede un monitoraggio periodico degli obiettivi prefissati, che permette di gestire tempestivamente eventuali interventi correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Nel corso del 2018, in particolare, è opportuno segnalare che la Direzione Generale ha vissuto la fase di monitoraggio infrannuale degli obiettivi come un vero e proprio momento di rinegoziazione degli obiettivi assegnati ad inizio anno; tale processo si è esplicitato in specifiche fasi organizzative:

- A chiusura del processo di negoziazione del budget, sono stati individuati i Relazionanti di ciascun obiettivo, ai quali è stata inviata via mail, con nota ID 5128285 del 14/05/2018, la documentazione a supporto del monitoraggio sia infrannuale che annuale degli obiettivi.
- Il compito del Relazionante è il monitoraggio dell'obiettivo di competenza, sulla base delle informazioni che periodicamente vengono raccolte sull'andamento dello stesso ed in due momenti formalmente ed istituzionalmente predefiniti: la verifica infrannuale degli obiettivi e la valutazione finale dei risultati raggiunti.
- Al fine di istruire la fase di verifica infrannuale degli obiettivi, con mail del 03/07/2018 ID 5253717, è stata definita la scadenza per la produzione delle relazioni infrannuali degli obiettivi di budget.
- Le relazioni prodotte dai Relazionanti sono state raccolte, sistematizzate ed organizzate nella procedura informatica del budget, con possibilità di consuntivazione per obiettivo e per struttura. L'analisi dei risultati ha rilevato tre categorie di situazioni: obiettivi che proseguendo sul percorso tracciato sono raggiungibili, obiettivi che presentano qualche lacuna, ma possono comunque essere raggiunti, obiettivi che invece hanno criticità pesanti e quindi richiedono correttivi di tipo programmatico o revisioni delle attività da svolgere.
- In data 13/09/2018 si è svolta presso la Direzione Generale una riunione con lo scopo di definire le modalità di comunicazione dei risultati, la formalizzazione delle modifiche intervenute nel corso della verifica e l'analisi dei risultati critici. La Direzione Generale ha voluto cogliere l'occasione della verifica infrannuale degli obiettivi come stimolo per la strutturazione del budget 2019: le criticità infatti sono state utilizzate come punti di partenza per individuare, attraverso confronto con gli interlocutori e schede ad hoc, le basi del nuovo sistema di obiettivi per l'anno

successivo. Il ciclo di budget 2018, pertanto, si è intrecciato e si è collegato direttamente alla fase di programmazione del nuovo anno.

- Per quanto riguarda l'iter del budget 2018, sono quindi state inviate a ciascun Responsabile di struttura le consuete schede riassuntive dell'andamento di ciascun obiettivo, con mail del 9 ottobre 2018. La S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance e i Relazionanti si sono quindi occupati di supportare le strutture nella lettura dei risultati e nell'individuazione dei possibili correttivi, da cui sono emerse correzioni dell'andamento o rettifiche delle previsioni.
- Sono quindi state recepite le variazioni/modifiche degli indicatori e/o target degli obiettivi, approvate formalmente dalla Direzione Generale e conseguentemente è stata apportata la modifica delle schede di budget. Ai sensi della normativa vigente, si sottolinea che il sistema è stato strutturato in modo da rendere coerente la programmazione con gli interventi correttivi adottati in corso d'anno.
- Al fine di rendere trasparente il processo seguito per tutto il personale dipendente, le schede di budget rettificate sono state pubblicate sulla Intranet aziendale, con contestuale comunicazione via mail a tutti i dipendenti.

Con apposita nota, la Direzione Generale ha informato i Componenti dell'OIV circa gli esiti del monitoraggio infrannuale degli obiettivi di budget.

### ***3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici***

Nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASL CN1, l'Azienda ha descritto le modalità ed il Ciclo di valutazione sia della performance organizzativa sia della performance individuale.

Per quanto riguarda la **performance organizzativa**, lo strumento di valutazione si basa sul raggiungimento degli obiettivi presenti sulla scheda di budget, per cui fatto 100 il complessivo, ogni obiettivo viene pesato in percentuale, in fase di definizione degli obiettivi stessi. In fase di valutazione poi il raggiungimento di ogni obiettivo viene misurato percentuale e e conseguentemente poi parametrizzato rispetto al peso dell'obiettivo sul totale.

Per realizzare tale strutturazione si utilizza il sistema di graduazione di 4 livelli di raggiungimento degli

obiettivi (pienamente raggiunto, sostanzialmente raggiunto, parzialmente raggiunto, non raggiunto). La documentazione dei “Responsabili aziendali”, che elaborano a consuntivo una relazione dettagliata sul risultato ottenuto da ciascuna struttura aziendale in merito agli obiettivi assegnati, viene processata ed inserita in una apposita procedura informatica dalla Struttura Tecnica di Supporto all’OIV, che diventa la base per l’istruttoria per la valutazione finale degli obiettivi specifici (contenuti nelle schede di budget) da parte dell’OIV.

In dettaglio, sulla base delle proposte di raggiungimento di ciascun obiettivo formulate dal Responsabile aziendale, l’OIV ne ha determinato il valore definitivo; ciascuna valutazione percentuale è poi confluita nel complesso della media pesata (peso obiettivo nella scheda rispetto al peso del risultato dell’obiettivo, sommato per tutta la scheda) della scheda di ogni struttura; si è stabilito di approssimare il risultato alla cifra intera più vicina.

Il collegamento tra la media pesata della scheda di budget (che definisce la percentuale globale di raggiungimento degli obiettivi in essa contenuti) ed il pagamento della quota di risultato (sistema incentivante), si attua sulla base delle fasce di strutturazione della performance organizzativa, nell’ambito delle quali per ciascuna fascia percentuale di raggiungimento globale degli obiettivi (media pesata) corrisponde una fascia percentuale di retribuzione di risultato spettante, secondo il seguente schema riportato nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance:

<b>Fasce di strutturazione della performance organizzativa</b>	<b>% raggiungimento obiettivi (intesa come media ponderata tra tutti gli obiettivi)</b>	<b>% retribuzione di risultato spettante</b>
Non raggiunto	< 60%	0%
Parzialmente raggiunto	Tra 60 e 70%	70%
	>70 e fino a 80%	80%
	>80 e fino a 85%	85%
	>85 e fino a 90%	90%
	>90 e fino a 95%	95%
Sostanzialmente raggiunto	>95 e fino a 99,99%	In misura corrispondente alla % di raggiungimento dell’obiettivo
Pienamente raggiunto	> o = 100%	100%

La valutazione finale viene quindi trasmessa dall'OIV alla Direzione Generale che la recepisce tramite un provvedimento deliberativo (delibera aziendale n. 156 del 15/04/2019) e conseguentemente si avvia il processo di valutazione della **performance individuale** sia dei dirigenti afferenti alle strutture sia del comparto.

Gli strumenti per la valutazione individuale sono in parte gestiti tramite procedure informatiche (completamente per il comparto e parzialmente per la dirigenza) e sono raccolti in apposita modulistica, stabilita nei Contratti Integrativi Aziendali e descritta nel SMVP.

### **3.3 La Performance Organizzativa**

Prima di illustrare nel dettaglio i risultati dell'anno 2018, è necessario fornire alcune indicazioni generali, sia di tipo metodologico sia di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa del 2018.

Tali riflessioni sono state condivise con l'OIV nella riunione propedeutica alla valutazione degli obiettivi 2018, che si è tenuta in data 14/12/2018.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2018 ha, come si è detto, utilizzato il sistema dei pesi correlati a ciascuna fascia di strutturazione della performance organizzativa e del relativo conseguimento dei risultati, che lega in modo molto più stretto le quote di retribuzione di risultato ai valori di performance raggiunti.

Dal punto di vista dei risultati raggiunti è opportuno richiamare il risultato **gestionale** 2018 complessivo dell'ASL CN1, descritto peraltro anche nelle relazioni trasmesse alla Regione Piemonte.

Infatti la progettualità della strategia aziendale, costruita non solo attraverso il sistema del budget, ma soprattutto attraverso il piano delle azioni, condiviso con il Collegio di Direzione e tradotto in obiettivi generali e specifici delle strutture, è stata in gran parte realizzata: sono state avviate nuove iniziative, si è proceduto nella riorganizzazione, non solo formale, delle strutture e delle attività e si è operata inoltre un'attenta gestione dei fattori produttivi di costo.

La valutazione degli obiettivi assegnati alle singole strutture è quindi anche stata improntata al giudizio positivo dell'Azienda, che ha confermato, anche nel 2018, da un lato la tendenza ad un oculato utilizzo e l'attenzione nel consumo delle risorse, dall'altro e soprattutto l'impegno al miglioramento dei livelli quali-quantitativi dei servizi erogati alla popolazione, con l'attuazione della

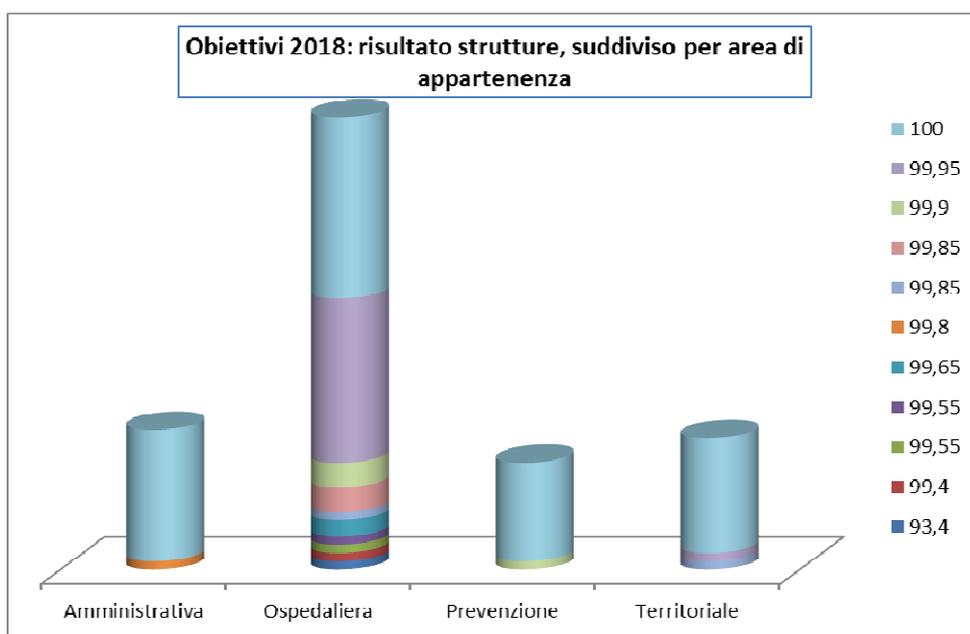
maggior parte delle azioni programmatiche impostate. Anche gli obiettivi assegnati dall'Assessorato regionale all'Azienda sono stati perseguiti con partecipazione e costanza da parte di tutte le strutture, secondo gli indirizzi regionali ed aziendali.

Il monitoraggio è stato stringente rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati, ma l'atteggiamento è stato volto non tanto a sanzionare comportamenti "devianti" rispetto a quelli attesi, ma l'enfasi è stata posta sull'analisi congiunta dei fenomeni che possono aver determinato gli scostamenti e sulla definizione condivisa di azioni di "recupero".

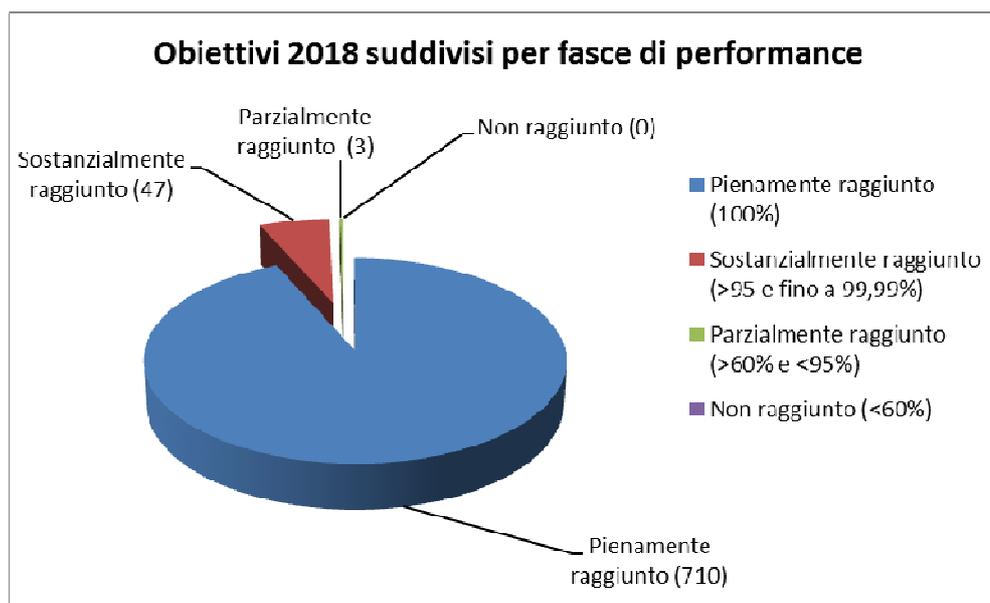
### I grafici dei risultati della performance organizzativa

Nei grafici seguenti vengono rappresentati i risultati complessivi conseguiti dalle schede di budget delle Strutture aziendali nell'anno 2018, che rendicontano il valore complessivo raggiunto dalle strutture calcolato come percentuale sulla base della media pesata delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi presenti sulla scheda e quindi riferito al risultato di performance delle Strutture.

Si rappresenta innanzitutto la percentuale di raggiungimento delle Strutture (riferita alle schede di budget), analizzandola per livello di assistenza o area di riferimento (amministrativi, ospedale, territorio, prevenzione):



Nel seguente grafico, si propone la rappresentazione dell'andamento dei singoli obiettivi assegnati, suddivisi nelle 4 fasce di strutturazione della performance in base alla percentuale di raggiungimento finale ottenuta:



Di seguito si rendiconta a consuntivo il risultato ottenuto da ciascuno degli obiettivi descrivendone il contenuto, il risultato atteso e il numero delle strutture alle quali è stato assegnato. Nell'assegnazione a cascata degli obiettivi aziendali con suddivisione nelle singole schede di budget degli obiettivi strategici sono state riportate le valutazioni finali effettuate dai relazionanti aziendali sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali nonché dalla documentazione fornita dai responsabili di Struttura. Si ricorda che il risultato conseguito dalle singole strutture su ciascun obiettivo è consultabile nei documenti "Verifica Finale Budget 2018 – Obiettivi per Struttura" e nella delibera ASL CN1 n. 156 del 15.04.2019 "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2018 da parte delle strutture dell'A.S.L. CN1" che recepisce le valutazioni dell'OIV, allegati alla presente Relazione.

### 3.3.1 Obiettivi pienamente raggiunti

La tabella seguente riporta in modo sintetico gli obiettivi aziendali raggiunti al 100%:

#### Area: ECONOMICA – Dimensione: EQUILIBRIO FINANZIARIO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Contenimento della spesa aziendale per dispositivi medici.</b>	Contenimento spesa per i dispositivi gestiti con la procedura informatica delle richieste, tramite il rispetto degli indicatori definiti a livello regionale.	3
<b>Distribuzione diretta farmaci e presidi per diabetici.</b>	Mantenimento del volume di attività della DD di farmaci di fascia A in dimissione da ricovero e/o visita ambulatoriale: farmaci di fascia A distribuiti direttamente e registrati in File F con codice 01 e/o 02 nell'anno 2018 vs 2017, con particolare attenzione al numero di pazienti serviti.	30
<b>Progetto regionale farmaceutica - area territoriale e ospedaliera - Brevetto scaduto.</b>	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e obiettivi regionali sulla farmaceutica territoriale: messa in atto attraverso i Distretti di azioni specifiche per il raggiungimento a livello aziendale della % DDD a brevetto scaduto in rapporto al totale delle DDD prescritte, per le categorie individuate dagli obiettivi regionali. Prescrizione farmaci biosimilari secondo indicazioni regionali. Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del rispetto delle note limitative attraverso il raggiungimento degli standard regionali (in particolare per i farmaci IPP, farmaci ipolipemizzanti, antiipertensivi, antibiotici, antidepressivi, farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie, fattori di stimolazione della serie bianca e della serie rossa), attraverso la valutazione di un campione di lettere di dimissione trasmesse come richiesto dal Responsabile del Coordinamento dei Presidi Ospedalieri.	21
<b>Verifiche attività magazzino economale di Genola.</b>	Controlli a campione con cadenza mensile, dal mese di febbraio 2018, su tre prodotti/mese per verifiche delle giacenze/consumi.	1

**Area: PROCESSI – Dimensione: APPROPRIATEZZA**

<b>Obiettivo</b>	<b>Descrizione – Risultato atteso</b>	<b>Strutture</b>
<b>Ambulatorio della Salute.</b>	Supporto per la realizzazione e attivazione di ambulatori della salute per la gestione di pazienti affetti da patologie croniche: diabete, scompenso cardiaco e BPCO per quanto di propria competenza.	10
<b>Appropriatezza prescrizioni protesica.</b>	Valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni per la protesica tramite la produzione di reportistica trimestrale per evidenziazione valutazione.	1
<b>Manutenzione esternalizzata ausili protesica.</b>	Valutazione dell'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata ausili protesica.	1
<b>Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.</b>	Nell'ambito delle azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali si richiede di predisporre/aggiornare le disposizioni (attraverso percorsi PDTA, flow chart, procedure, istruzioni) per almeno una delle aree di competenza (RMN cervello e tronco encefalico o TC torace o TC addome o Ecografia capo e collo + applicazione criteri prescrittivi per mammografia clinica) indicando in particolare: - Criteri di prescrizione delle prestazioni - Tempistiche di effettuazione dei controlli. A seguire si richiede ai Distretti di condividere le disposizioni con i MMG/PLS del territorio di competenza.	22
<b>Completament o PDTA e applicazione della fast track.</b>	Completamento PDTA fast track surgery e sua applicazione nei pazienti con tumore del colon retto	1
<b>Definizione della procedura sulla gestione del trauma cranico minore in DEA/PS.</b>	Definizione della procedura dipartimentale "Gestione del trauma cranico minore"	2
<b>Definizione della procedura sulla gestione del trauma cranico minore sul territorio.</b>	Definizione della procedura "Gestione del trauma cranico minore sul territorio"	1
<b>Attuazione della DGR 29-3944 del 19/09/2016 "Revisione della residenzialità psichiatrica".</b>	Attività finalizzata all'attuazione della DGR 29-3944 del 19/09/2016 con particolare riferimento alla rivalutazione attraverso le Commissioni UMVD e UVG distrettuali dei pazienti psichiatrici inseriti o da inserire in Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio e Strutture Socio-Sanitarie.	2
<b>Collaborazione al PDTA percorso terapeutico dei pazienti gravi obesi.</b>	Valutazione dei pazienti inviati dalle strutture sanitarie coinvolte nei PDTA (Nutrizione clinica, chirurgica, ecc. . .)	1
<b>Vigilanza Strutture</b>	Attività di vigilanza sulle Strutture Socio Sanitarie con verifica di almeno 130 Strutture Socio-Sanitarie.	1

Prescrizione, prenotazione (presa in carico) ed erogazione del follow up su percorsi identificati dall'Azienda.	Organizzazione e gestione del follow up secondo le indicazioni regionali.	1
---	---	---

---

**Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICACIA CLINICA**

---

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
Ottimizzazione durata terapia antibiotica in profilassi.	Interventi per il miglioramento sulla durata della terapia antibiotica in profilassi dei pazienti ricoverati presso la Rianimazione.	2

---

**Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA**

---

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
Accuracy e compliance	Corretto caricamento dei costi certi e presunti nella procedura in occasione delle chiusure mensili. Conformità di comportamento dei servizi ordinatori alle indicazioni della S.C. Bilancio e Contabilità. La mancata risposta alle indicazioni comporta l'impossibilità di adempiere a norme o a disposizioni regionali. Autorizzazione tempestiva alla liquidazione delle fatture nei termini di legge.	21
Collaborazione con l'assistenza territoriale.	Collaborazione con l'assistenza territoriale per un corretto caricamento dei costi certi e presunti dell'area minori.	1
Linee di indirizzo del Piano Regionale Cronicità.	Ai sensi della DGR 26-6421 del 26/01/2018: - collaborazione alla costituzione della Comunità di pratica e partecipazione agli incontri formativi dei professionisti individuati nella Comunità di pratica; - produzione del progetto aziendale sui temi assegnati.	8
Semplificazione dei processi (sanitari, tecnici ed amministrativi).	Presenza in cartella clinica della fotocopia leggibile contenente: Documento identificativo (contenente generalità, residenza e nazionalità) in assenza di esibizione della Tessera Sanitaria.	30
Triage appropriato in Pronto Soccorso a Saluzzo.	Con riferimento al Pronto Soccorso di Saluzzo valutazione numero di accessi con codici bianchi.	2

<b>Collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al D. G. dalla Regione Piemonte</b>	Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2018, con riferimento a quanto di propria competenza.	101
<b>Implementazione trattamento ICTUS ischemico acuto.</b>	Costruzione del PDTA per il trattamento dell'ICTUS ischemico acuto in base a quanto previsto dagli indirizzi regionali.	8
<b>Definizione Procedure riguardanti l'attività clinica della S.C. Ortopedia sede di Savigliano.</b>	Aggiornamento e definizione di procedure operative individuate come maggiormente critiche: 1) Prescrizione della molecola di EBPM nella profilassi tromboembolica preoperatoria; 2) Profilassi sanguinamento post operatorio con acido tranexamico; 3) Analgesia post operatoria mediante infiltrazione di anestetico locale in chirurgia protesica; 4) Aderenza al protocollo aziendale di sospensione preoperatoria di anticoagulanti orali; 5) Aggiornamento profilassi infezione sito chirurgico; attraverso le modalità seguenti: FASE 1-preparazione delle procedure; FASE 2-presentazione e discussione delle procedure durante riunione di reparto di marzo 2018; FASE 3-osservazione attuazione delle procedure per un periodo di 6 mesi; FASE 4-audit e correzioni di criticità per presentazione alla Funzione Qualità durante la riunione di reparto di novembre 2018.	1
<b>Definizione JAS - EMT2 secondo indicazioni della Commissione WHO.</b>	Definizione delle procedure "JAS" (Job action sheet) da attuare per una missione dell'EMT a seguito di attivazione da parte del Dipartimento di Protezione Civile di Roma.	1
<b>Implementazione del programma informatico relativo alla cartella onco-ematologica.</b>	Implementazione del programma informatico della cartella oncologica al fine della prescrizione, dell'allestimento e della somministrazione di chemioterapici.	3
<b>Ottimizzazione della presa in carico e della mobilitazione del paziente neurologico e neurochirurgico.</b>	Effettuazione di incontri plenari e formazione degli operatori, formulazione di un protocollo per la riorganizzazione dei trasferimenti dalla Rianimazione dell'ASO S. Croce di pazienti neurologici e neurochirurgici	1
<b>Pielonefriti acute: ottimizzazione percorso diagnostico-terapeutico.</b>	Gestione omogenea della patologia a seconda della porta di ingresso (DEA, Nefrologia, Medicina Interna, Urologia) con ottimizzazione del percorso diagnostico-terapeutico.	4
<b>Attivazione PASS per pazienti con patologia da dipendenza.</b>	Attivazione PASS ai sensi della normativa regionale. Presenza per ogni PASS di convenzioni con ente ospitante e determina dirigenziale.	1

<b>Progetto SAFE NIGHT.</b>	Costituzione del gruppo di lavoro SERD con determina dirigenziale per il progetto SAFE NIGHT orientato alla prevenzione dei comportamenti a rischio nei contesti del divertimento. Inserimento del progetto nella banca dati PROSA.	2
<b>Ciclo della Performance: valutazione della documentazione secondo il D.Lgs. 74/2017.</b>	A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 74/2017 che integra il D.Lgs. 150/2009 occorre valutare l'aggiornamento dei documenti e i rapporti con l'Organismo Indipendente di Valutazione.	1
<b>Piano Emergenza ed Evacuazione di Via Boggio n. 12 e n. 14 Cuneo.</b>	Copertura turni squadra Primo Intervento Antincendio.	1
<b>Procedure di incasso dell'ASL CN1 per le prestazioni sanitarie degli assistiti.</b>	Ammodernamento delle procedure di incasso dell'ASL CN1; miglioramento dei percorsi di certificazione delle spese sanitarie sostenute dagli assistiti e avvio della riduzione dell'accesso degli assistiti allo sportello per il pagamento tramite l'abolizione del contante ed il miglioramento dei percorsi informatici, con semplificazione delle attività amministrative. I servizi devono rispondere prontamente alle disposizioni aziendali, realizzando quanto indicato (comportamenti allo sportello e nei confronti delle farmacie, rimborso agli utenti, percorsi informatici, adeguamento software interno e interfacce web richieste). La S.C. Bilancio e Contabilità deve fornire disposizioni contabili, proporre soluzioni informatiche ed organizzative ai servizi coinvolti, al fine di introdurre l'utilizzo di nuove tecnologie e migliorare i percorsi di certificazione delle spese sanitarie sostenute dagli assistiti.	11
<b>Miglioramento della qualità del flusso informativo dei Dispositivi Medici.</b>	Per quanto di competenza, verifica della disponibilità, completezza, qualità e miglioramento dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi dei Dispositivi Medici, secondo la DGR 26-6421 del 26/01/2018, obiettivo 5.2 sub 2 e sub 3.	2
<b>Revisione ed aggiornamento delle procedure di Primo Soccorso aziendale sedi ASL CN1.</b>	Revisione ed aggiornamento delle procedure di Primo Soccorso Aziendale sedi dell'ASL CN1, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione Protezione e SS Formazione Sviluppo Competenze e Qualità.	3
<b>Revisione delle modalità di pubblicazione degli atti di competenza del Servizio Legale in materia di trasparenza ed anticorruzione.</b>	Revisione delle modalità di pubblicazione degli atti di competenza del Servizio Legale ai fini delle normative vigenti, in materia di trasparenza ed anti-corruzione, tramite la redazione di una relazione esplicativa con la trasmissione degli atti da pubblicare ai servizi competenti.	1
<b>Attuazione del Piano degli Investimenti.</b>	Avvio delle attività previste dal Piano relativamente all'area dell'edilizia, dell'Ingegneria Clinica e dell'area Informatica	2

<b>Programmazione gare e attuazione completa della programmazione.</b>	Predisposizione della programmazione delle gare per l'acquisto di beni e servizi per l'anno 2018 e sua completa attuazione.	1
<b>Rispetto indicatori Scheda "Risorse/Attività"</b>	Rispetto degli obiettivi assegnati sulla Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrisponde alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati.	66

### Area: PROCESSI – Dimensione: INNOVAZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Unificazione processi del SIMT: processo assegnazione unità.</b>	Unificazione procedure per l'esecuzione dei test pretrasfusionali, selezione e consegna delle unità.	2
<b>Unificazione processi del SIMT: processo donazione.</b>	Unificazione procedure di accettazione, selezione e gestione donazioni.	2
<b>Attivazione delle procedure per il recupero dei costi delle cure verso il soggetto responsabile di condotte illecite.</b>	Applicazione della sentenza della Corte di Cassazione n. 24289 del 16/10/2017 inerente l'applicazione delle procedure per l'esercizio delle azioni di risarcimento del danno ex art. 2043 C.C. per il recupero dei costi delle cure erogate verso il soggetto responsabile di condotte illecite.	3
<b>Ricostituzione del Comitato Gestione Sinistri in ottemperanza alle disposizioni regionali.</b>	Adozione di provvedimenti per la ricostituzione del Comitato Gestione Sinistri in ottemperanza alle disposizioni regionali (DD Direzione Sanità n. 914 del 20/01/2017) ed effettuazione incontri.	1
<b>Fascicolo Sanitario Elettronico e Servizi on Line.</b>	Realizzazione, entro le tempistiche programmate, degli interventi preliminari declinati nel Piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-SoL Piemontese, ai sensi della DGR 26-6421 del 26/01/2018.	1
<b>Unificazione applicativo SIMT.</b>	Avanzamento processo bando di gara per l'unificazione dell'applicativo del SIMT	2
<b>Redazione video-notiziario (Interaziendale).</b>	Progettazione e realizzazione video-notiziario interaziendale rivolto ai cittadini al fine di: migliorare all'esterno il livello informativo generale sull'ASL CN1 e sull'AO Santa Croce e sulla loro organizzazione; approfondire le eccellenze aziendali e sottolineare gli sforzi messi in campo per garantire un livello di qualità nei servizi; creare un nuovo canale di comunicazione in caso di eventi avversi; promuovere il corretto utilizzo dei servizi.	1

**Area: PROCESSI – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO**

<b>Obiettivo</b>	<b>Descrizione – Risultato atteso</b>	<b>Strutture</b>
<b>Integrazione Emodinamica sede di Savigliano con l'AO S. Croce.</b>	Analisi fattibilità e impostazione progetto per l'integrazione dell'Emodinamica dell'ospedale di Savigliano con l'AO S. Croce	1
<b>Organizzazione per l'integrazione della rete ambulatori di vulnologia a livello aziendale.</b>	Organizzazione degli ambulatori di vulnologia al fine di rendere omogenea l'attività a livello aziendale.	7
<b>Percorso anestesiologicalo per interventi di cataratta.</b>	Predisposizione di un percorso anestesiologicalo unificato per le sedi di Savigliano, Saluzzo, Ceva e Mondovì per l'effettuazione di interventi di cataratta.	1
<b>Progetto di formazione per la creazione di accessi vascolari complessi per emodialisi presso la sede di Savigliano.</b>	Avvio attività di Chirurgia Vascolare complessa per emodialisi con interventi in collaborazione con l'AO S. Croce	2
<b>Attivazione centro per pazienti con disturbi psichici in gravidanza.</b>	Attivazione di un centro di presa in carico/consulenza per le pazienti affette da disturbi psichici in condizione di gravidanza.	1
<b>Definizione percorso per il trasferimento del paziente psichiatrico dal DEA al reparto di psichiatria.</b>	Redazione di un percorso per il trasferimento del paziente psichiatrico dal DEA al reparto di psichiatria per le sedi di Mondovì e di Savigliano.	5
<b>Interventi sugli esordi psicopatologici dei giovani.</b>	Interventi sugli esordi psicopatologici dei giovani indirizzato al mantenimento della domiciliarietà, dell'attività lavorativa e dell'eventuale inserimento riabilitativo e/o ludico-ricreativo nei Centri Diurni del DSM in alternativa all'inserimento in struttura.	2
<b>Potenziamento attività riabilitativi risocializzanti.</b>	DCA - Potenziamento attività riabilitativi risocializzanti attraverso inserimenti lavorativi e laboratori creativi.	1
<b>Progetto sulla disabilità intellettiva (Progetto Orizzonte Vela).</b>	Relazione conclusiva del Progetto Orizzonte Vela sulla disabilità intellettiva.	1

<b>Analisi gestione del rapporto di lavoro del personale dipendente.</b>	Modello operativo per la regolamentazione uniforme, laddove possibile ed opportuna, degli istituti in materia di gestione del rapporto di lavoro dipendente, attraverso l'analisi dei regolamenti/procedure adottate e degli accordi vigenti nell'ASL CN1 e nell'ASO S. Croce e Carle.	1
<b>Gestione informatizzata dell'attività di valutazione dei rischi per la salute, sorveglianza sanitaria, radioprotezione.</b>	Gestione informatizzata, con il nuovo software, dell'attività di valutazione dei rischi per la salute, sorveglianza sanitaria, radioprotezione, in collaborazione con altri servizi aziendali.	1
<b>Gestione interaziendale della continuità di cure nei disturbi neuromotori precoci.</b>	Realizzazione di procedura specifica per la gestione interaziendale della continuità di cure nei disturbi neuromotori precoci, in collaborazione con la S.C. Neuropsichiatria Infantile dell'ASO S. CROCE di Cuneo.	1
<b>Progetto Laboratorio Analisi Virtuale.</b>	Realizzazione entro le tempistiche programmate degli interventi preliminari declinati nel piano operativo aziendale per l'alimentazione del FSE-SOL piemontese.	2
<b>Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale.</b>	Raggiungimento obiettivi assegnati al Direttore di Struttura dall'ASO S. Croce e Carle e dal Direttore Generale dell'ASL CN2.	7
<b>Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche ai sensi della DD n. 725 del 15/11/2017.</b>	Con il DD 725/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali del manuale di accreditamento delle Strutture sanitarie pubbliche e private. Per i requisiti di competenza occorre monitorare l'esistente, proporre eventuali azioni di miglioramento, anche attraverso la partecipazione ad appositi incontri e gruppi di lavoro.	29
<b>Comunicazione Medico-Paziente.</b>	Miglioramento della comunicazione Medico-Paziente attraverso la partecipazione al corso di formazione "La parola è un atto complesso".	5
<b>Umanizzazione.</b>	Aggiornamento Piani di Miglioramento aziendali per la qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR 101-5530 del 3/8/2017 e di eventuali altri item definiti a livello regionale. Implementazione/completamento azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani di miglioramento.	1
<b>Diffusione degli obiettivi di budget.</b>	Diffusione degli obiettivi di budget attraverso l'organizzazione di apposita riunione esplicativa al personale, da effettuarsi nel corso del I° semestre 2018, con stesura di verbale debitamente sottoscritto da tutti gli appartenenti alla Struttura.	90

**Area: PROCESSI – Dimensione: LEGALITA'**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Ispezione attività Libera Professione intramoenia.</b>	Con riferimento alla S.S. Servizio Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali: Ispezioni nella misura del 20% dei Centri esterni non accreditati collegati in rete e convenzionati con l'ASL CN1 per l'utilizzo di spazi da parte di Dirigenti Medici autorizzati a svolgere l'attività Libero Professionale intramoenia e successiva stesura di relazione.	1
<b>Adempimenti Piano Nazionale Anticorruzione: dichiarazione pubblica di interessi.</b>	Con riferimento alla S.S. Servizio Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali: Compilazione, ai sensi della DGR 26-6421 del 26/01/2018, del foglio excel con l'elenco dei nominativi dei professionisti tenuti alla compilazione.	1

**Area: PROCESSI – Dimensione: SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Avvio progetto "Artroscopia chirurgica dell'anca".</b>	Avvio progetto "Artroscopia chirurgica dell'anca": formazione del personale e approccio all'attività.	1
<b>Calcolosi - progetto ASL.</b>	Analisi fattibilità (Definizione attrezzature, personale, formazione, cronoprogramma).	2
<b>Progettazione attività lungodegenza Presidio di Ceva.</b>	Predisposizione del progetto per la realizzazione di attività in area di lungodegenza presso il Presidio di Ceva.	3
<b>Attività di Riabilitazione erogata 7 giorni su 7.</b>	Riorganizzazione del servizio al fine di svolgere l'attività riabilitativa nei reparti 7 giorni su 7.	2

**Area: PROFESSIONISTI OPERATORI – Dimensione: SVILUPPO PROFESSIONALE**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Prosecuzione del progetto di valutazione delle competenze</b>	Prosecuzione nelle attività di realizzazione del progetto valutazione competenze, secondo le specifiche indicazioni impartite dalla S.S. Formazione Sviluppo Competenze e Qualità.	44
<b>Organizzazione corsi di formazione in ambito ortopedico</b>	FORMAZIONE: a) Organizzazione del Congresso sulle fratture del ginocchio; b) Organizzazione corsi di formazione per Tecnici di radiologia, Fisioterapisti ed Infermieri.	1
<b>Corsi promozione della salute nei luoghi di lavoro</b>	Corsi promozione della salute nei luoghi di lavoro: aumento edizioni (da 6 a 8/anno, per due corsi) e sedi di svolgimento.	1
<b>Organizzazione corsi in collaborazione con S.C. Gestione Risorse Umane, S.S. Formazione Sviluppo Competenze e Qualità, S.C. Medicina del Lavoro, S.S. Servizio Prevenzione e Protezione.</b>	A seconda delle priorità aziendali, docenza e/o responsabile scientifico o comunque messa a disposizione dell'azienda di almeno quattro eventi formativi e/o di addestramento FAD/ frontali o misti, con oggetto Risonanza Magnetica, Laser, campi EM, Radioprotezione lavoratori, o pazienti, o popolazione, Radon, Agenti/rischi fisici e non dedicati a Dirigenti o preposti o lavoratori ex D.Lgs 81/08.	1

**Area: TUTELA – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Integrazione servizi medici</b>	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale medico dirigente e convenzionato e del personale del comparto.	4
<b>Integrazione servizi veterinari</b>	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto.	4

**Area: TUTELA – Dimensione: PREVENZIONE**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Attuazione e rispetto programmi regionali di Prevenzione</b>	PIANO LOCALE DELLA PREVENZIONE: a) contributo alla stesura ed attuazione del PLP per la rendicontazione 2017 e programmazione 2018; b) produzione dei contributi richiesti ed attuazione delle azioni di specifica competenza secondo quanto indicato nella programmazione 2018. PAISA: c) Rendicontazione PAISA 2017 e programmazione PAISA 2018 con recepimento degli indirizzi contenuti nel PRISA e applicazione in ambito aziendale (Esecuzione dei controlli ufficiali programmati: verifiche, ispezioni, audit, campionamenti. Alimentazione dei sistemi informativi: caricamento dati su supporti informatizzati aziendali, regionali e ministeriali, rendicontazione di attività specifiche).	12
<b>Linee guida per il funzionamento e miglioramento attività di controllo ufficiale da parte delle Autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria</b>	Mantenimento e aggiornamento del processo di Autovalutazione e miglioramento delle attività di Controllo Ufficiale di cui D. Lgs. 193/2007 in attuazione del Regolamento 882/2004.	5
<b>RADON</b>	Campagna Radon presso Struttura Boves - Via Castello di Godego - Locali ASL e amministrazioni ivi operanti. Redazione di informazioni al DdL e suoi delegati a metà campagna, relazioni tecniche finali di legge al DdL e delegati. Predisposizione delle eventuali comunicazioni di legge a OdV e altre amministrazioni a firma del DdL.	1
<b>Vigilanza</b>	a) Collaborazione Commissione di vigilanza; b) aggiornamento procedura per autorizzazione RM e RX. Eventuale collaborazione con organi regionali se richiesto.	1

**3.3.2 Obiettivi non pienamente raggiunti**

Di seguito vengono riportati gli obiettivi non raggiunti al 100% dei quali viene data un'analisi più dettagliata con la descrizione e l'indicazione del risultato atteso, il numero di strutture a cui è stato assegnato e, nello specifico, la valutazione per le strutture che non l'hanno raggiunto completamente:

**Area: PROCESSI – Dimensione: APPROPRIATEZZA**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Obiettivi regionali inerenti le Infezioni Ospedaliere</b>	Rispetto degli indicatori definiti a livello regionale. Valutazione a cura del Responsabile S.S. Infezioni Ospedaliere.	37

Questo obiettivo è composto da diversi indicatori; 34 Strutture su 37 non hanno raggiunto l'obiettivo al 100%. Si riportano di seguito gli indicatori che risultano sostanzialmente raggiunti:

- Ind. Reg. 3: Numero di infermieri addetti al controllo delle infezioni correlate all'assistenza con formazione specifica (Direzione Professioni Sanitarie);
- Ind. Reg. 16: Livello di immunizzazione per epatite B, varicella, morbillo, rosolia, influenza (Anestesia Rianimazione Mondovì e Savigliano, Cardiologia Mondovì e Savigliano, Chirurgia Mondovì e Savigliano, Direzione Professioni Sanitarie, Direzione Sanitaria Mondovì e Savigliano, Farmacia Ospedaliera, Ostetricia e Ginecologia Mondovì e Savigliano, Lungodegenza, Medicina d'urgenza Mondovì e Savigliano, Medicina Fisica Riabilitativa Area Nord e Sud, Medicina Ceva, Saluzzo e Savigliano, Nefrologia Dialisi, Neurologia Mondovì e Savigliano, Neuroriabilitazione, Oculistica, Oncologia, Ortopedia Mondovì e Savigliano, Otorinolaringoiatria, Pediatria Mondovì e Savigliano, Laboratorio Analisi, Medicina Specialistica Ambulatoriale);
- Ind. Reg. 12: Adesione procedura igiene delle mani (Ortopedia Savigliano, Chirurgia Savigliano).

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
<b>Obiettivi regionali Rischio Clinico</b>	Attuazione locale degli obiettivi inerenti il Rischio Clinico da programma regionale 2017-2018 Det. 731 del 15/11/2017 e da manuale accreditamento delle strutture pubbliche e private Det. 725 del 15/11/2017.	56

Questo obiettivo è composto da diversi indicatori, 4 Strutture su 56 non hanno raggiunto l'obiettivo al 100%. L'indicatore che risulta critico è il seguente:

- Riconciliazione 2: partecipazione del delegato dipartimentale al 57% delle riunioni rispetto all'80% richiesto, assenza giustificata compresa (Cardiologia Mondovì e Savigliano, Neurologia Mondovì e Savigliano).

**Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA CLINICA**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
Indicatori PNE ai sensi del DGR 26-6421 del 26/01/2018	a) Obiettivo 4.1 Area Osteomuscolare. Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 gg in pz ultra sessantacinquenni. b) Obiettivo 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI. Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 gg. c) Obiettivo 4.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto: proporzione di parti con taglio cesareo primario. d) Obiettivo 4.4 Area Chirurgia Generale: colecistectomia laparoscopica. % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore ai 3 gg.	15

Questo obiettivo non è stato raggiunto al 100% da 6 Strutture su 15.

Nel dettaglio:

- a) Obiettivo 4.1 Area Osteomuscolare (Medicina d'Urgenza Savigliano)
- b) Obiettivo 4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI (Cardiologia Mondovì e Savigliano, Emergenza Sanitaria Territoriale 118, Medicina d'Urgenza Mondovì)
- c) Obiettivo 4.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto (Ostetricia e Ginecologia Mondovì).

**Area: TUTELA – Dimensione: PREVENZIONE**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
Programma regionale n. 4 di Screening oncologico	Adeguamento alle richieste da copertura da inviti sulla base delle indicazioni fornite dall'U.V.O.S. nella colonna "% copertura inviti annuale in prospettiva" dell'allegato "Avanzamento e Obblighi Screening" dei documenti mensili "Valutazione di processo dell'attività assistenziale screening".	9

In una struttura su 9 l'obiettivo è risultato parzialmente raggiunto.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo regionale sulla copertura da inviti per tutta la provincia di Cuneo è stato determinato dal parziale rispetto degli indicatori presenti nei documenti di Valutazione di Processo trasmessi dall'UVOS (Radiologia Savigliano).

**Area: TUTELA – Dimensione: SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO**

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture
Prelievo organi e tessuti da Programma Regionale	Attuazione locale dell'obiettivo regionale "Prelievo di organi e tessuti": a) Donatori di cornee; b) Organi.	17

Questo obiettivo non è stato raggiunto al 100% da 5 Strutture su 17.

- a) Donatori di cornee. Una Struttura non ha effettuato il numero di prelievi di cornee previsti dallo standard (Medicina Interna Saluzzo).
- b) Organi. L'opposizione alla donazione di organi è stata superiore al 33%, pertanto l'obiettivo è solo parzialmente raggiunto (Anestesia e Rianimazione Savigliano, Direzione Sanitaria Savigliano, Medicina Legale e Neurologia Savigliano).

### **3.4 La Performance Individuale**

Ai sensi del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASL CN1, la valutazione della performance individuale riguarda tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato ed ha periodicità annuale. Il sistema di valutazione della performance individuale utilizza i seguenti strumenti:

1. Scheda "SV": è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale dei Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate (Dipartimento, S.C., S.S.D., S.S.A. e S.S. in staff). L'organismo preposto alla verifica è di norma il Responsabile diretto del soggetto sottoposto a verifica: il Direttore del Dipartimento (D.D.) per le strutture inserite in Dipartimenti o strutture assimilate, oppure il Direttore Sanitario (D.S.) o il Direttore Amministrativo (D.A.), nel caso in cui il valutato sia Direttore di Dipartimento o di struttura in staff alla Direzione Aziendale o comunque non inserita in struttura dipartimentale.

La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori (graduati in una scala di giudizio da 1 a 4): la leadership e gestione della squadra; la capacità organizzativa, gestionale e relazionale; l'utilizzo appropriato delle risorse (beni di consumo di tutte le categorie e apparecchiature tecniche e tecnologiche); la capacità innovativa, gestione del cambiamento e aggiornamento e diffusione delle conoscenze.

2. Scheda "SVI": è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale dei dirigenti titolari di incarico di Responsabile di Struttura Semplice inserita in Struttura complessa (S.S.), ovvero titolari di incarico professionale anche di elevata specializzazione, ovvero senza incarico per effetto delle vigenti disposizioni contrattuali (dirigenti medici, veterinari e sanitari con anzianità inferiore a 5 anni). Il soggetto preposto alla verifica è di norma il Direttore/Responsabile di Struttura.

La valutazione è diretta alla verifica degli obiettivi prestazionali, dei fattori qualitativi e

comportamentali (graduati in una scala di giudizio da 1 a 5).

3. Scheda di valutazione dei posizionati e/o coordinatori: è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa e/o di coordinamento. Il soggetto preposto alla verifica è di norma il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del titolare dell'incarico o il Direttore del Dipartimento, cui si affianca il Responsabile della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale aziendale - o il coordinatore del personale del dipartimento - per i profili del ruolo sanitario.

La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori (graduati in una scala di giudizio da 1 a 5): leadership e gestione della squadra; capacità organizzativa e gestionale; capacità relazionali; gestione appropriata delle risorse tecniche; condivisione delle linee strategiche di Azienda; aggiornamento; rispetto dei regolamenti, delle direttive e del codice di comportamento; impegno e pro-attività.

4. Scheda di valutazione del restante personale del comparto: è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto non titolare di incarico di posizione organizzativa né di coordinamento.

Il soggetto preposto alla verifica - in qualità di valutatore di 1° livello - è di norma il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del lavoratore o altro soggetto da questi individuato (coordinatore, referente di settore, ...), con l'eventuale intervento di un valutatore di 2° livello (Direttore di Dipartimento o di Struttura o Responsabile S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale aziendale), laddove necessario ai fini di omogeneizzazione delle valutazioni.

La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori (scala di giudizio da 1 a 5): rispetto dei regolamenti, delle direttive e del codice di comportamento; flessibilità e disponibilità alle esigenze di servizio; precisione operativa; relazioni tra dipendenti e lavoro di squadra; relazioni con il cliente (esterno e interno); capacità organizzativa; competenza tecnica-professionale; aggiornamento; orientamento agli obiettivi.

I vari fattori sopra elencati hanno un peso differenziato in base alla "famiglia professionale" (=raggruppamento di più profili tra loro omogenei) di appartenenza, secondo il seguente schema:

N.	Famiglia professionale	Peso fattore 1	Peso fattore 2	Peso fattore 3	Peso fattore 4	Peso fattore 5	Peso fattore 6	Peso fattore 7	Peso fattore 8	Peso fattore 9	TOT.
1	AMMINISTRATIVI UFFICI BASE	10	18	13	10	14	9	14	7	5	100
2	AMMINISTRATIVI UFFICI RUOLI	8	14	14	12	12	11	15	9	5	100
3	AMMINISTRATIVI SPORTELO	10	18	10	11	17	9	14	6	5	100
4	PERSONALE INFERMIERISTICO	8	13	13	13	15	13	15	5	5	100
5	RIABILITAZIONE	8	13	10	14	17	11	17	5	5	100
6	PROGRAMMATORE, ASSISTENTE TECNICO, COLLABORATORE TECNICO	8	14	14	11	12	11	15	10	5	100
7	TECNICI PREVENZIONE	8	13	14	10	12	11	17	10	5	100
8	TECNICI SANITARI	8	13	17	12	14	11	15	5	5	100
9	TECNICI NON SUPPORTO SANITARIO	12	17	14	11	14	8	14	5	5	100
10	TECNICI SUPPORTO SANITARIO	8	13	14	14	16	10	15	5	5	100

La valutazione è utile ai fini del riconoscimento dei compensi legati alla produttività collettiva, nei termini definiti dalla contrattazione integrativa, ferma restando la “conditio sine qua non” costituita dalla valutazione della performance organizzativa nei termini e limiti (10%) sopra descritti.

In dettaglio, per quanto attiene alla valutazione dell’anno 2018, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane, con apposita nota protocollata ha trasmesso il 15 aprile 2019 ai Direttori di Struttura Complessa, ai Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale ed in Staff la scheda denominata “Verifica finale budget – Obiettivi per Struttura” che contiene a consuntivo le risultanze finali degli obiettivi assegnati per l’anno 2018 e ratificati dall’Organismo Indipendente di Valutazione e, a seguire, dalla Direzione Generale che ne ha confermato il giudizio attraverso la deliberazione n. 156 del 15/04/2019 avente ad oggetto “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2018 da parte delle strutture dell’ASL CN1”. Contestualmente è stata avviata la compilazione a consuntivo delle Schede di Valutazione Integrata (SVI), nelle quali il Responsabile di Struttura, preso atto dei risultati approvati dall’Organismo Indipendente di Valutazione e verificato l’espletamento delle ore negoziate, su indicazioni fornite dalla citata S.C.I., compila la sezione dedicata ad accogliere le valutazioni a fine periodo di riferimento. Tale attività di compilazione si è conclusa entro il 17/05/2019.

Per quanto riguarda la scheda “SV”, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane ha trasmesso, con apposita nota protocollata il 15 aprile 2019, al diretto superiore gerarchico dei Direttori di Struttura Complessa, semplice dipartimentale e in Staff e dei Direttori di Dipartimento, la

Scheda di Valutazione Individuale (SV) per l'anno 2018 per la valutazione a consuntivo della performance individuale.

La medesima S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane con comunicazione del 16/04/2019 ha richiesto la compilazione delle schede di valutazione per il 2018 per il personale del comparto e per i posizionati/coordinatori, da effettuarsi con l'ausilio della procedura informatica IRIS WEB. Il termine per la compilazione era fissato per il 17/05/2019.

Di seguito si presentano i dati emersi al termine del processo di valutazione della performance individuale relativa all'anno 2018 del personale del Comparto (distinto tra personale non titolare di posizione organizzativa o di coordinamento e personale titolare di posizione o coordinamento), e della Dirigenza (distinto tra area Medica e Veterinaria e area Sanitaria, Professionale Tecnica e Amministrativa).

### **3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2018 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento**

L'incentivazione alla produttività del personale del Comparto e dei titolari di posizione organizzativa, come previsto dal C.C.I.A., è collegata sia a progetti qualitativi per l'ottimizzazione delle prestazioni individuali, che valorizzano le capacità dei dipendenti ed il loro contributo all'efficienza in Azienda, sia a specifici progetti quantitativi trasversali (la cui adesione non è obbligatoria) che valorizzano attività finalizzate ad assicurare, attraverso prestazioni in orari dedicati, la realizzazione di obiettivi specifici approvati dalla direzione aziendale.

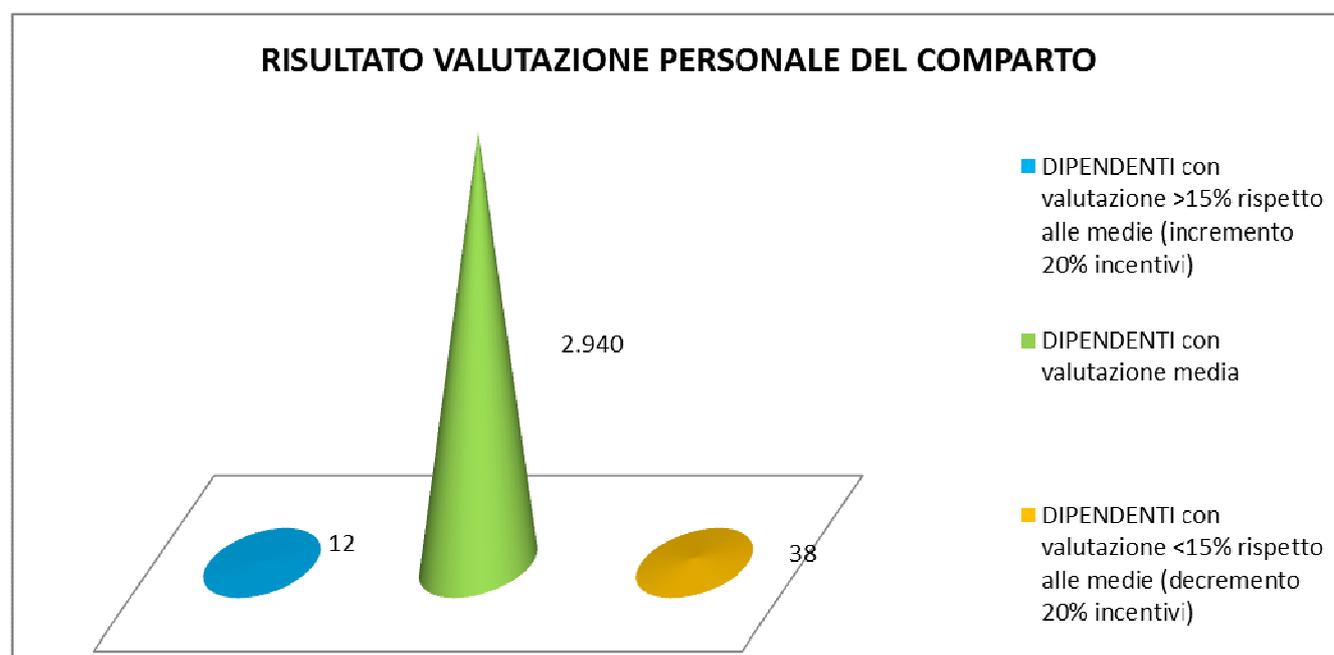
#### **Personale del Comparto (non titolare di posizione organizzativa o di coordinamento)**

Di seguito si sintetizzano i dati emersi dalla valutazione della performance connessa alla parte qualitativa del sistema incentivante del personale del comparto, mettendo in evidenza sia il rapporto tra i dipendenti valutati e quelli non valutati oppure che non hanno accettato la valutazione.

<b>Riepilogo valutazione comparto 2018</b>	
dipendenti complessivi comparto	<b>3.044</b>
dipendenti valutati	<b>2.990</b>
<i>di cui dipendenti che non hanno accettato valutazione</i>	<b>6</b>
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	<b>54</b>

Nella seguente tabella si mettono in rapporto il numero di dipendenti del Comparto che hanno conseguito una valutazione riconducibile alla fascia media o standard (ovvero con punteggio di valutazione rientranti nella fascia compresa tra il 15% in più o in meno rispetto al valore medio di punteggio conseguito dai lavoratori di ciascuna struttura o settore omogeneo di questa), con il numero di dipendenti che hanno conseguito un punteggio superiore al livello massimo della fascia media (alla quale corrisponde un incremento del 20% degli incentivi rispetto allo standard in fase di saldo annuale) e quelli che si posizionano invece sotto il livello minimo della fascia media (che in questo caso subiranno un decremento del 20% degli incentivi in fase di saldo).

Dipendenti con valutazione >15% rispetto alla media (incremento 20% incentivi)	12
Dipendenti con valutazione <15% rispetto alla media (decremento 20% incentivi)	38
Dipendenti con valutazione media	2.940



### Coordinatori e titolari di posizione organizzativa

Di seguito si sintetizzano i dati emersi dalla valutazione della performance connessa alla parte qualitativa del sistema incentivante del personale titolare di posizione organizzativa e/o coordinamento, mettendo in evidenza sia il rapporto tra i dipendenti valutati e quelli non valutati.

<b>Riepilogo valutazione coordinatori e posizionati 2018</b>	
<i>dipendenti complessivi</i>	<b>227</b>
<i>dipendenti valutati</i>	<b>226</b>
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	<b>1</b>
dipendenti che non hanno accettato valutazione	<b>0</b>
dipendenti con valutazione negativa (<65)	<b>0</b>

Per quanto attiene ai progetti quantitativi trasversali, nel 2018 i beneficiari sono stati nel complesso **354** per un ammontare complessivo di **€ 209.370,00** a fronte di un orario aggiuntivo dedicato pari a **n. 9.453 ore** complessive.

#### ***3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2018 – Dirigenza Area Medica e Veterinaria e Area Sanitaria, Professionale Tecnica e Amministrativa***

La valutazione del personale dirigente avviene con modalità differente a seconda che il dipendente sia titolare di incarico di Responsabile di Struttura Semplice (inserita in una Struttura Complessa), di incarico professionale ovvero senza incarico, oppure ricopra il ruolo di Responsabile di Struttura Complessa (o di strutture assimilate).

Nel primo caso, la valutazione della performance avviene mediante la compilazione della scheda di valutazione integrata (SVI) che consente di acquisire elementi utili sia per l'attribuzione della quota economica relativa alla retribuzione di risultato, sia per le verifiche di competenza del Collegio Tecnico. Nel secondo caso, invece, la valutazione della performance individuale avviene tramite compilazione di apposita scheda SV per la valutazione annuale dei Direttori di Struttura Complessa o di strutture assimilate quali Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale, Struttura Semplice Aziendale e Struttura Semplice in Staff, che si compone di valutazione da parte del diretto Responsabile e di autovalutazione da parte del dirigente. In questo caso, la valutazione non ha un impatto diretto sull'attribuzione della quota economica relativa alla retribuzione di risultato (che in questo caso è legata al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alla Struttura), ma è utile ai fini della valutazione dell'incarico dirigenziale, a cura del Collegio Tecnico.

Di seguito si presentano i risultati ottenuti a seguito del processo di valutazione della performance tramite compilazione delle schede SVI e SV, suddivisi in base all'area di appartenenza del dirigente: Area Medica e Veterinaria e Area Sanitaria, Professionale Tecnica Amministrativa.

**Dirigenti titolari di incarico Responsabile di Struttura Semplice inserita in Struttura Complessa, di incarico professionale ovvero senza incarico.**

E' necessario premettere che, per effetto degli accordi aziendali del 18/01/2016 (Dirigenza medica e veterinaria) e del 11/03/2016 (Dirigenza sanitaria professionale tecnica amministrativa), gli obiettivi dei dirigenti non responsabili di S.C., S.S.D. o S.S. "in staff" si distinguono in:

- Obiettivi prestazionali, cioè correlati alla resa di un orario negoziato, aggiuntivo all'orario istituzionale, per l'effettuazione di determinate attività;
- Obiettivi qualitativi e comportamentali, cioè non correlati ad un orario negoziato aggiuntivo.

Di seguito si presentano le tabelle contenenti la descrizione dei fattori qualitativi e comportamentali contenuti all'interno della SVI, sui quali viene effettuata la valutazione; a seguire, in prima analisi si elencano, suddivisi per area dirigenziale, i valori finali ossia il combinato risultato delle valutazioni espresse con le Schede di Valutazione Integrata (SVI) e l'abbattimento percentuale attribuito dall'OIV.

<b>DESCRIZIONE FATTORI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI (valutazione da 1 a 5)</b>	
<b>UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE</b>	Conoscenza e utilizzo efficace delle risorse disponibili. Adozione di comportamenti finalizzati al miglioramento dell'efficienza. Contributo alla riduzione dei costi evitando impatti negativi sulla qualità delle prestazioni. Promozione di atteggiamenti corretti
<b>AUTONOMIA OPERATIVA</b>	Competenza professionale. Assunzione di responsabilità e capacità decisionale. Conoscenza del contesto operativo e organizzativo. Autocontrollo e controllo delle attività connesse alle funzioni affidate. Gestione razionale del proprio tempo di lavoro
<b>CAPACITA' INNOVATIVA</b>	Disponibilità al cambiamento e senso di adattamento. Capacità di analisi e soluzioni dei problemi. Creatività applicativa. Gestione e promozione delle innovazioni tecnologiche e organizzative.
<b>CONOSCENZE TECNICHE E TECNOLOGICHE</b>	Formazione di base e specialistica. Esperienza nel/i settore/i di competenza. Addestramento specifico e stages professionali seguiti. Propensione per la ricerca e sperimentazione.
<b>DISPONIBILITA' ALL'AGGIORNAMENTO E ALL'AFFIANCAMENTO</b>	Impegno nell'aggiornamento professionale. Applicazione diffusione del conosciuto/appreso. Capacità di guida e supporto nei confronti di altri operatori. Attività didattica e di docenza, impegno come formatore sia in ambito aziendale che extra-aziendale. Frequenza e rilevanza delle pubblicazioni e/o dei contributi in qualità di relatore a convegni, congressi, seminari, etc.
<b>RISPETTO DEI CODICI DI COMPORTAMENTO (NELL'OTTICA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN ATTUAZIONE DEI PRINCIPI DI TRASPARENZA ED INTEGRITA')</b>	Coerenza ideologica ed operativa con i principi deontologici specifici della professione di appartenenza. Osservanza del codice di comportamento dei dipendenti della pubblica amministrazione (Decreto 30.03.94). Rispetto delle direttive di Struttura e dei regolamenti aziendali.

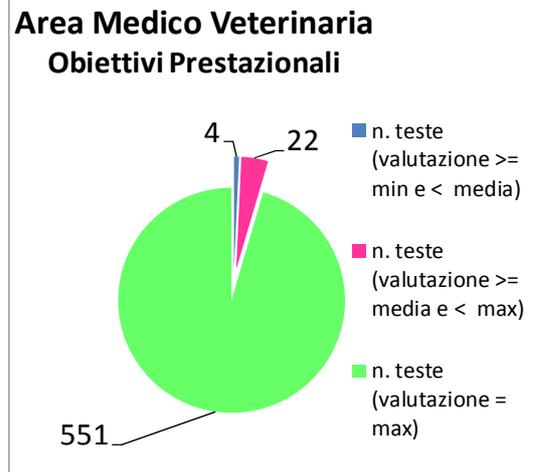
<b>APPLICAZIONE DI PROCEDURE E LINEE GUIDA AZIENDALI</b>	Aderenza dei comportamenti professionali alle linee guida. Rispetto delle procedure e dei protocolli. Motivazione e incentivazione di colleghi e collaboratori al rispetto delle procedure. Collaborazione nella definizione di procedure e linee guida specifiche.
<b>RELAZIONI CON L'UTENZA INTERNA ED ESTERNA</b>	Capacità di ascolto e comprensione. Efficacia ed appropriatezza della comunicazione verbale scritta. Cortesìa e disponibilità nei rapporti con l'utenza. Capacità di mediazione e gestione dei conflitti. Correttezza e professionalità nella trasmissione delle informazioni. Rispetto della privacy.
<b>CAPACITA' ORGANIZZATIVA RIFERITA ALLA PROPRIA ATTIVITA' E ALLE FUNZIONI ASSEGNATE</b>	Competenza nel pianificare, gestire e valutare le risorse (umane, tecniche, economiche) affidate. Ottimizzazione dei tempi in relazione alle attività svolte e agli obiettivi da raggiungere. Capacità di previsione. Abilità nel ricercare soluzioni alternative in situazioni impreviste ed urgenti.
<b>RELAZIONI FUNZIONALI CON COLLEGHI E COLLABORATORI ANCHE DI ALTRE STRUTTURE</b>	Atteggiamento collaborativo nelle attività di gruppo. Accettazione della critica e della valutazione da parte di responsabili e dei pari. Efficacia delle relazioni intraprese. Contributo alla soluzione dei conflitti. Capacità di ottenere consenso e credibilità. Disponibilità a promuovere attività inter e multi professionali anche tra Strutture diverse.

**Dirigenti titolari di incarico Responsabile di Struttura semplice inserita in struttura Complessa, di incarico professionale ovvero senza incarico**

**Area Medico Veterinaria (n. 577 dirigenti valutati):**

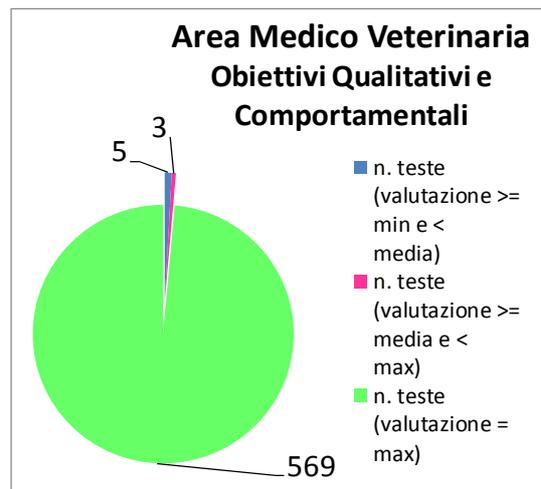
**OBIETTIVI PRESTAZIONALI:**

Valore Minimo (min)	90,00
Valore Massimo (max)	100,00
<b>Valore Medio (media)</b>	<b>95,00</b>
n. teste (valutazione >= min e < media)	4
n. teste (valutazione >= media e < max)	22
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>551</b>



**OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI:**

Valore Minimo (min)	86,68
Valore Massimo (max)	100,00
<b>Valore Medio (media)</b>	<b>93,34</b>
n. teste (valutazione >= min e < media)	5
n. teste (valutazione >= media e < max)	3
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>569</b>

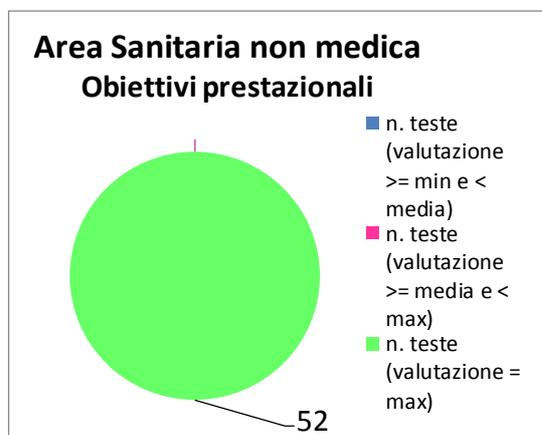


**Area Sanitaria non medica (n. 52 dirigenti valutati)**

**OBIETTIVI PRESTAZIONALI:**

**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

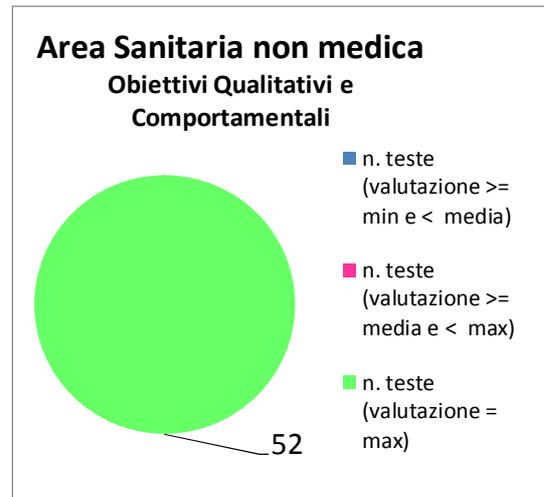
n. teste (valutazione >= min e < media)	0
n. teste (valutazione >= media e < max)	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>52</b>



### OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>52</b>



### Area Professionale Tecnica Amministrativa (n. 19 dirigenti valutati)

#### OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>19</b>



### OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>19</b>



## Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate

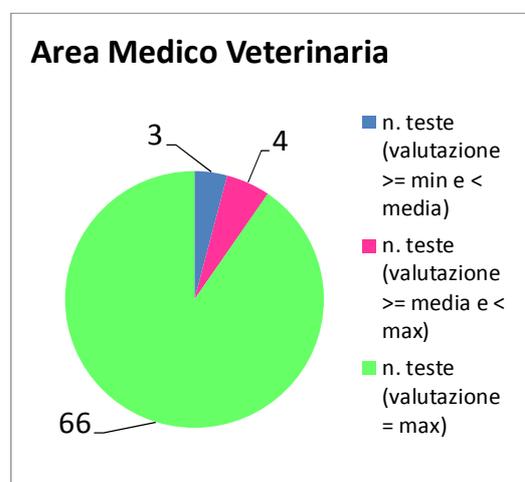
Di seguito si presenta la tabella contenente la descrizione dei fattori presenti all'interno della SV sui quali viene effettuata la valutazione; infine verificando i valori indicati nelle Schede di Valutazione (SV), utilizzate per la valutazione dei Direttori-Responsabili di Struttura e di Dipartimento, si evidenziano i risultati di performance individuale e i valori indicati nel processo di autovalutazione in riferimento alla valutazione espressa dal valutatore di prima istanza e in particolare:

DESCRIZIONE FATTORI (valutazione da 1 a 4)	
<b>A) LEADERSHIP E GESTIONE DELLA SQUADRA</b>	Capacità di coinvolgere, gestire e valutare i propri collaboratori, di accrescerne la professionalità e la motivazione, di rappresentare un punto di riferimento diffusamente riconosciuto in grado di ispirare l'operato degli altri.
<b>B) CAPACITÀ ORGANIZZATIVA, GESTIONALE E RELAZIONALE</b>	Capacità di: a) organizzare e gestire l'attività della struttura diretta; b) generare relazioni collaborative e favorire l'integrazione fra le strutture ( <i>in particolare per i Direttori di Dipartimento</i> )
<b>C) UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE (BENI DI CONSUMO DI TUTTE LE CATEGORIE E APPARECCHIATURE TECNICHE E TECNOLOGICHE)</b>	Capacità di: a) considerare le implicazioni economiche legate alle risorse utilizzate; b) adottare comportamenti finalizzati al miglioramento dell'efficienza; c) contribuire alla razionalizzazione dei costi, in relazione alla realizzazione degli obiettivi.
<b>D) CAPACITÀ INNOVATIVA, GESTIONE DEL CAMBIAMENTO E AGGIORNAMENTO E DIFFUSIONE DELLE CONOSCENZE</b>	Capacità di: a) contribuire alla elaborazione e diffusione di nuovi modelli di attività; b) promuovere e gestire il cambiamento organizzativo in azienda; c) promuovere iniziative di aggiornamento per la crescita professionale dei collaboratori.

## Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate

### Area Medico Veterinaria (n. 68 direttori-responsabili valutati)

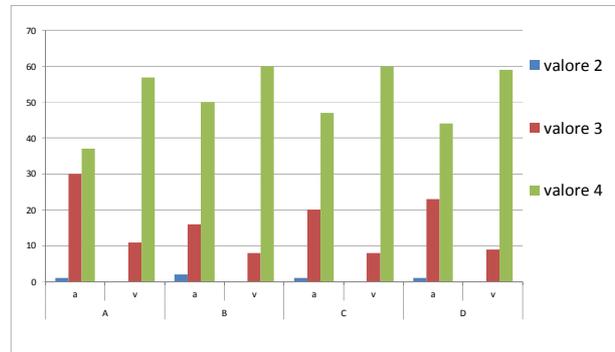
Valore Minimo (min)	93,00
Valore Massimo (max)	100,00
<b>Valore Medio (media)</b>	<b>96,50</b>
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	3
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	4
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>66</b>



### Valutazioni schede

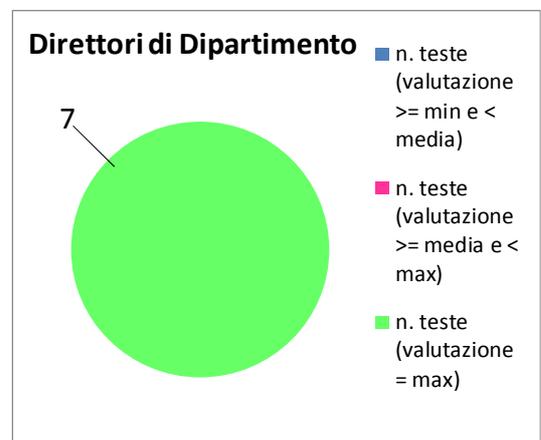
	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 2	1	0	2	0	1	0	1	0
valore 3	30	11	16	8	20	8	23	9
valore 4	37	57	50	60	47	60	44	59
<b>totale teste</b>	<b>68</b>							

Legenda: a = autovalutazione; v = valutazione



### Direttori di Dipartimento (n. 7 direttori valutati)

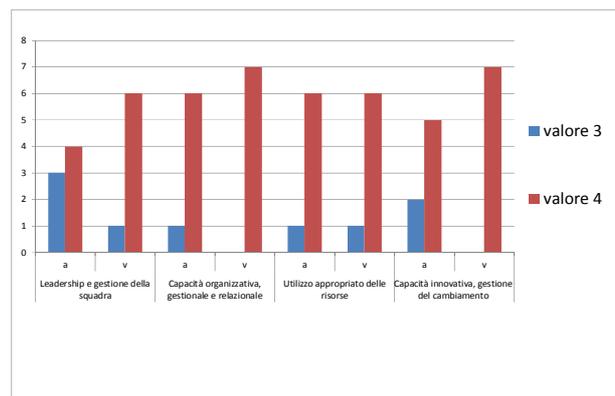
n. teste (valutazione  $\geq$  min e  $<$  media) 0  
 n. teste (valutazione  $\geq$  media e  $<$  max) 0  
 n. teste (valutazione = max) 7



### Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	1	0	1	0	0	0	1	0
valore 4	6	7	6	7	7	7	6	7
<b>totale teste</b>	<b>7</b>							

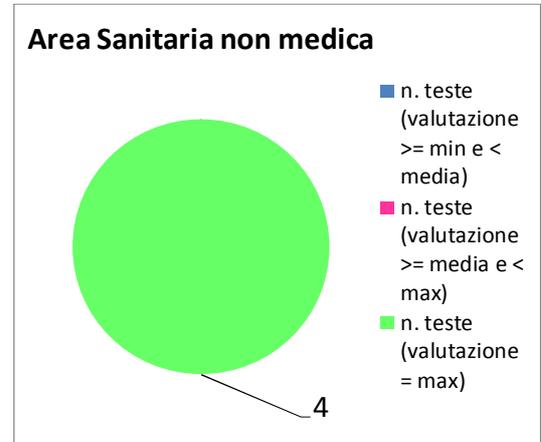
Legenda: a = autovalutazione; v = valutazione



### Area Sanitaria non medica (n. 4 direttori-responsabili valutati)

**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

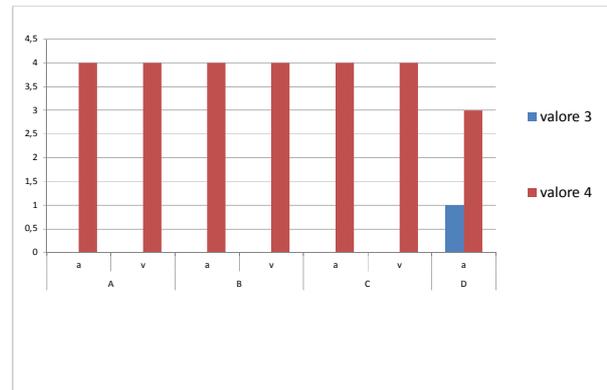
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>4</b>



### Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	0	0	0	0	0	0	1	1
valore 4	4	4	4	4	4	4	3	3
<b>totale teste</b>	<b>4</b>							

Legenda: a = autovalutazione; v = valutazione



### Area Professionale Tecnica Amministrativa (n. 13 direttori-responsabili valutati)

**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

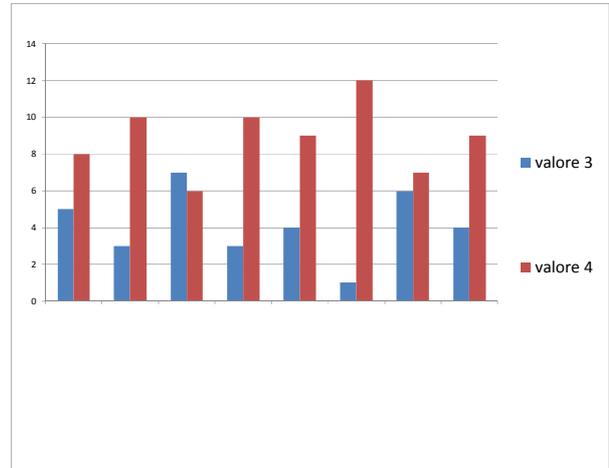
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	<b>13</b>



## Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	5	3	7	3	4	1	6	4
valore 4	8	10	6	10	9	12	7	9
<b>totale teste</b>	<b>13</b>							

**Legenda:** a = autovalutazione; v = valutazione



### **3.5 Risultati 2018 su Trasparenza, Integrità e Anticorruzione**

#### **3.5.1 Trasparenza**

In materia di attuazione trasparenza, si richiama il provvedimento n. 29 del 30 gennaio 2019 di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021, considerato che il dettaglio delle misure adottate in termini di trasparenza è parte integrante del Piano medesimo, a favore di azioni deterrenti contro potenziali condotte illegali o irregolari.

In particolare la parte speciale “B” è la sezione del PTPCT che garantisce l’organizzazione dei flussi informativi in termini di trasparenza e in particolare facilita il monitoraggio delle fasi di individuazione, elaborazione, produzione, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati, si ritiene opportuno ribadire che la trasparenza costituisce un importante principio per prevenire la corruzione, mediante la pubblicazione costante e tempestiva di informazioni sulle attività poste in essere, favorendo forme di controllo da parte di soggetti esterni.

Il dettaglio delle misure adottate in termini di trasparenza è parte integrante del citato Piano a favore di azioni deterrenti contro potenziali condotte illegali o irregolari.

La trasparenza costituisce infatti un importante principio per prevenire la corruzione, mediante la pubblicazione costante e tempestiva di informazioni sulle attività poste in essere, favorendo forme di controllo da parte di soggetti esterni e si ritiene utile evidenziare le principali novità intercorse nell’anno 2018 e in particolare:

- è stata pubblicata entro i termini previsti l’attestazione dell’Organismo Indipendente di Valutazione ASL CN1, in merito all’assolvimento da parte di questa Azienda degli obblighi di trasparenza;
- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo “Scadenario dei nuovi obblighi amministrativi”;
- è stata posta estrema attenzione nell’assegnare alle risorse informative pubblicate, le specifiche banche dati di riferimento (laddove esistenti), in modo da agevolare la ricerca univoca e stabile dei dati.

Inoltre l’Azienda nell’ambito della Conferenza dei Servizi, ha organizzato in data 12.04.2018 “la Giornata della Trasparenza”, quale evento per illustrare ai cittadini/utenti e alle organizzazioni

maggiormente rappresentative i principali temi dell'azione amministrativa: è stata occasione per acquisire riscontri sul grado di comprensibilità, accessibilità e utilizzabilità dei dati pubblicati, nell'ottica del processo di miglioramento continuo della trasparenza.

In particolare si ritiene utile ricordare che mediante l'accesso civico "semplice", l'Azienda rende disponibili a tutti, i dati e/o documenti per i quali la normativa di riferimento prevede l'obbligo di pubblicazione sul sito-web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", considerato che l'istanza va presentata al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT).

Infine osservando l'intensità dell'utilizzo della sezione "Amministrazione Trasparente", da parte di cittadini/enti/soggetti terzi che accedono al portale istituzionale, si può rilevare un "valore differenziale" confrontando il volume degli accessi, con il volume totale delle interazioni del cittadino con il sito web aziendale che risulta essere, per ciascun anno il seguente:

- Anno 2015 pari a 3,21%
- Anno 2016 pari a 3,70%
- Anno 2017 pari a 2,91%
- Anno 2018 pari a 2,21%

### **3.5.2 Anticorruzione**

Nel corso del 2018 è proseguito il percorso di consolidamento e rafforzamento del sistema di prevenzione del rischio corruzione/illegalità adottato dall'Azienda rispondendo all'esigenza di consolidamento dell'esistente anche in considerazione delle modifiche organizzative iniziate nel 2016 in attuazione del nuovo Atto Aziendale di cui alla Deliberazione n. 259 del 10/11/2015.

#### **Adozione e diffusione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione**

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 30/01/2018 è stato adottato, previo espletamento della procedura di consultazione pubblica degli stakeholder interni ed esterni, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2018-2020. Al Piano è stata data ampia diffusione mediante pubblicazione e sul sito istituzionale e sulla intranet aziendale e comunicazione al personale operante in azienda mediante mail all'indirizzo di posta elettronica personale.

Anche nel PTPCT 2018-2020, come nei Piani che lo hanno preceduto, sono state individuate delle

aree a rischio e delle misure di prevenzione ulteriori rispetto a quelle obbligatorie ai sensi del PNA, che riflettono le peculiarità delle attività svolte nel settore sanitario. In particolare è stata individuata come ulteriore area a rischio quella del Sistema qualità.

### **Gestione del rischio corruzione e illegalità**

Per supportare e orientare in modo univoco l'attività delle Strutture coinvolte nel ciclo di gestione del rischio corruttivo, nel corso del 2018, è stato aggiornato e ampliato un software, già installato e attivato nel 2015, che consente la gestione informatizzata di tutte le fasi del processo, le cui funzionalità rispondono ai contenuti del PNA e dei relativi aggiornamenti.

L'impiego del sistema informatico ha migliorato la qualità del processo, rendendo maggiormente consapevoli i soggetti e le Strutture coinvolte del rispettivo ruolo e dei conseguenti compiti e garantendo la tracciabilità e il monitoraggio costante delle attività poste in essere in attuazione del Piano e delle relative misure di prevenzione.

Grazie a tale strumento è stato possibile l'incremento, sia sotto il profilo quantitativo, che sotto quello qualitativo, della mappatura dei processi avviata nel 2014. In particolare sono stati analizzati tutti i settori di attività presenti in azienda attraverso la valutazione **158 processi e 513 sottoprocessi/fasi** di processo; rispetto all'anno precedente adeguamenti alle normative e modifiche nell'organizzazione aziendale hanno portato alla diminuzione di un'unità nei processi e di alcune decine di sottoprocessi. Mentre, nel 2017 si era completata la mappatura di tutti i procedimenti amministrativi (inclusi nei processi e sottoprocessi valutati), considerate le dimensioni e la complessità dell'organizzazione aziendale e i processi di riorganizzazione intervenuti, nel 2018 alcune Strutture aziendali hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi e anche nel 2019 si continuerà tale attività di maggiore dettaglio e approfondimento di altri processi/procedimenti o sottoprocessi, sempre al fine di migliorare la strategia di prevenzione della corruzione.

### **Legame performance e anticorruzione**

Il cronoprogramma previsto ai sensi del PTPCT, in riferimento al Piano Nazionale Anticorruzione, ha stabilito il coinvolgimento delle strutture nell'analisi della valutazione del rischio corruttivo in riferimento alla mappatura dei processi.

Sono quindi stati stabiliti indicatori e target specifici di questa attività per le strutture coinvolte

nell'anno 2018, entrata a far parte degli obiettivi del budget 2018, sia in forma esplicita, sia comunque come prerequisito per la valutazione complessiva del budget stesso. I risultati di tale obiettivo sono stati completamente positivi grazie anche all'attiva partecipazione di tutte le Strutture coinvolte, così come emerge sulla procedura informatica Gzoom e quindi anche nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021 dell'ASL CN1 (che fotografa la situazione delle attività analizzate in Azienda al 31/12/2018).

### **Azioni di sensibilizzazione**

Tra le iniziative di sensibilizzazione dirette a promuovere il coinvolgimento e la partecipazione del personale operante in Azienda, si è pubblicato sia sulla intranet aziendale che sul sito ufficiale l'analisi delle risposte al questionario della percezione della corruzione proposto a fine 2017 ai dipendenti e al personale convenzionato che aveva raccolto 1287 adesioni.

Inoltre, la Struttura anticorruzione è intervenuta il 18 aprile 2018 al convegno organizzato dal Comitato Unico di Garanzia "Open Week - Sessismo, patologie e discriminazioni di genere nell'Azienda Pubblica" proponendo una azione positiva per le pari opportunità.

Nell'area intranet dedicata all'anticorruzione, in particolare nella sezione riservata alle NEWS, si è dato risalto alla possibilità dei dipendenti di iscriversi all'Albo Nazionale obbligatorio dei componenti delle Commissioni giudicatrici, istituito presso l'ANAC, ai sensi dell'art. 78 del D. Lgs. 50/2016, provvedendo alla pubblicazione delle Linee guida n. 5/2018 dell'ANAC, dei documenti che le hanno via via aggiornate e completate, e inserendo inoltre note di chiarimento sulle facilitazioni che l'Azienda ha inteso porre agli aspiranti Commissari.

### **Misure obbligatorie**

#### Iniziative di formazione

Nel 2018 è proseguito il programma di formazione valoriale avviato nel 2014, con la realizzazione di **18 edizioni del corso "Anticorruzione e trasparenza: ruolo, obblighi, doveri e responsabilità dei dipendenti dell'ASL CN1"**, ciascuna della durata di 4 ore, alle quali hanno partecipato complessivamente **1096** dipendenti, di cui 217 con qualifica dirigenziale e 879 appartenenti al comparto. Dal 2014 ad oggi sono stati, pertanto, formati in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione un totale di **3183** operatori dei quali, la stragrande maggioranza, dipendenti ed alcuni dei professionisti convenzionati.

Sempre al fine della diffusione della cultura della integrità, legalità e trasparenza, nei suddetti corsi, si è continuato a distribuire ai partecipanti il **Codice di comportamento “LeAli”** (libretto realizzato mediante l’adesione, nel 2015, alla campagna di valorizzazione dei codici di comportamento delle aziende sanitarie promossa da “Libera” del “Gruppo Abele”), integrandolo con gli aggiornamenti approvati con la deliberazione n. 28 del 31 gennaio 2017. Libretto che è stato anche costantemente consegnato, dalla SCI Gestione Risorse Umane a tutti i neoassunti, sia ai dipendenti che al personale specialistico ambulatoriale convenzionato.

Si precisa che pur avendo ricevuto alcune proposte di integrazione durante le consultazioni del PTPCT e avendo maturato la convinzione di dover apportare piccole modifiche, questa Amministrazione ha ritenuto corretto seguire le indicazioni dell'ANAC, contenute nell'aggiornamento 2018 al PNA e non avviare il processo di revisione del CdC in quanto nei primi mesi del 2019 l'Autorità Anticorruzione provvederà a emanare delle Linee guida per approfondire e adeguare i Codici di Comportamento.

Inoltre, è stato effettuato un **corso anticorruzione nello specifico settore degli appalti**, dal titolo “La Corruzione e sua prevenzione negli appalti”, al quale hanno partecipato **45** dipendenti. Il dettaglio dei partecipanti è pubblicato sulla intranet e sul sito internet aziendale nella sezione “Anticorruzione” - “Formazione”.

Ancora allo scopo della promozione dell'etica e della legalità, il 21 marzo 2018, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Direttore Generale sono intervenuti a Saluzzo alla XXIII Giornata della Memoria e dell'Impegno in ricordo delle vittime innocenti delle mafie, organizzata dall'Associazione “Libera”.

**Monitoraggio sull’attuazione dei Codice di comportamento**

Ai fini del monitoraggio sull’attuazione del Codice di comportamento, l’Ufficio per i procedimenti disciplinari ha provveduto a trasmettere al RPC il report annuale contenente i dati sulle violazioni disciplinari contestate al personale dipendente.

Dalla suddetta documentazione, con riferimento al periodo 01/11/2017 – 31/10/2018, emerge quanto segue:

<b>Segnalazioni ricevute dall’UPD nel periodo 01/11/2017 – 31/10/2018</b>	5
archiviazioni disposte all’esito del procedimento disciplinare:	//
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare: 1 rimprovero scritto; 3 sospensioni rispettivamente a 3, 5 e 10 gg.; 1 licenziamento senza preavviso.	5

procedimenti sospesi ex art. 55 ter del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.	//
procedimenti in corso di istruttoria al 31/10/2018	//
pratiche trasmesse per competenza ai Direttori di struttura	//

Sempre ai fini del monitoraggio, come negli anni precedenti, è stata inviata ai Responsabili una scheda che i medesimi hanno provveduto a compilare e restituire al RPC, nella quale viene individuato un indicatore con riferimento a ciascun articolo del Codice di comportamento (es. numero di dichiarazioni di astensione presentate dai dipendenti della struttura), che assolve alla duplice funzione di fornire dati utili a valutare l'efficace attuazione del Codice di comportamento nelle Strutture e di sensibilizzare i Responsabili e dipendenti sugli obblighi previsti dalle disposizioni oggetto di rilevazione.

Si riportano, di seguito, gli esiti del suddetto monitoraggio, riferiti al periodo 01/10/2017 – 30/09/2018:

<b>Monitoraggio attuazione codice di comportamento</b>	<b>2018</b>
Dichiarazioni scritte di avvenuta restituzione/rifiuto di regali o altre utilità (art. 4 Cod. Comp.)	0
Comunicazioni di adesione o appartenenza ad associazioni/organizzazioni i cui ambiti di interesse possono interferire con l'attività (art. 5 Cod. Comp.)	4
Comunicazioni interessi finanziari e conflitto di interesse all'atto dell'assegnazione all'ufficio (art. 6 Cod. Comp.)	17
Dichiarazioni di astensione per potenziale conflitto di interessi (art. 7 Cod. Comp.)	3
Segnalazioni di situazioni di illecito da parte di dipendenti della struttura (art. 8 Cod. Comp.)	0
Irregolarità rilevate all'esito del monitoraggio sulle timbrature fuori sede e sulle omesse timbrature (art. 11 Cod. Comp.)	6
Elogi da parte di utenti esterni o interni	243
Segnalazioni/reclami da parte di utenti che lamentano un inadeguato comportamento in servizio nei confronti del personale dipendente o convenzionato	50
Segnalazioni al RPC tramite il canale dedicato al whistleblowing	1

La quasi totalità dei Responsabili di struttura ha dichiarato, nell'ambito della relazione annuale e/o della apposita scheda di monitoraggio, di aver assunto delle iniziative per continuare a sensibilizzare e informare il personale sull'importanza dei doveri comportamentali previsti dal Codice e, in particolare, sull'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi e sugli adempimenti conseguenti.

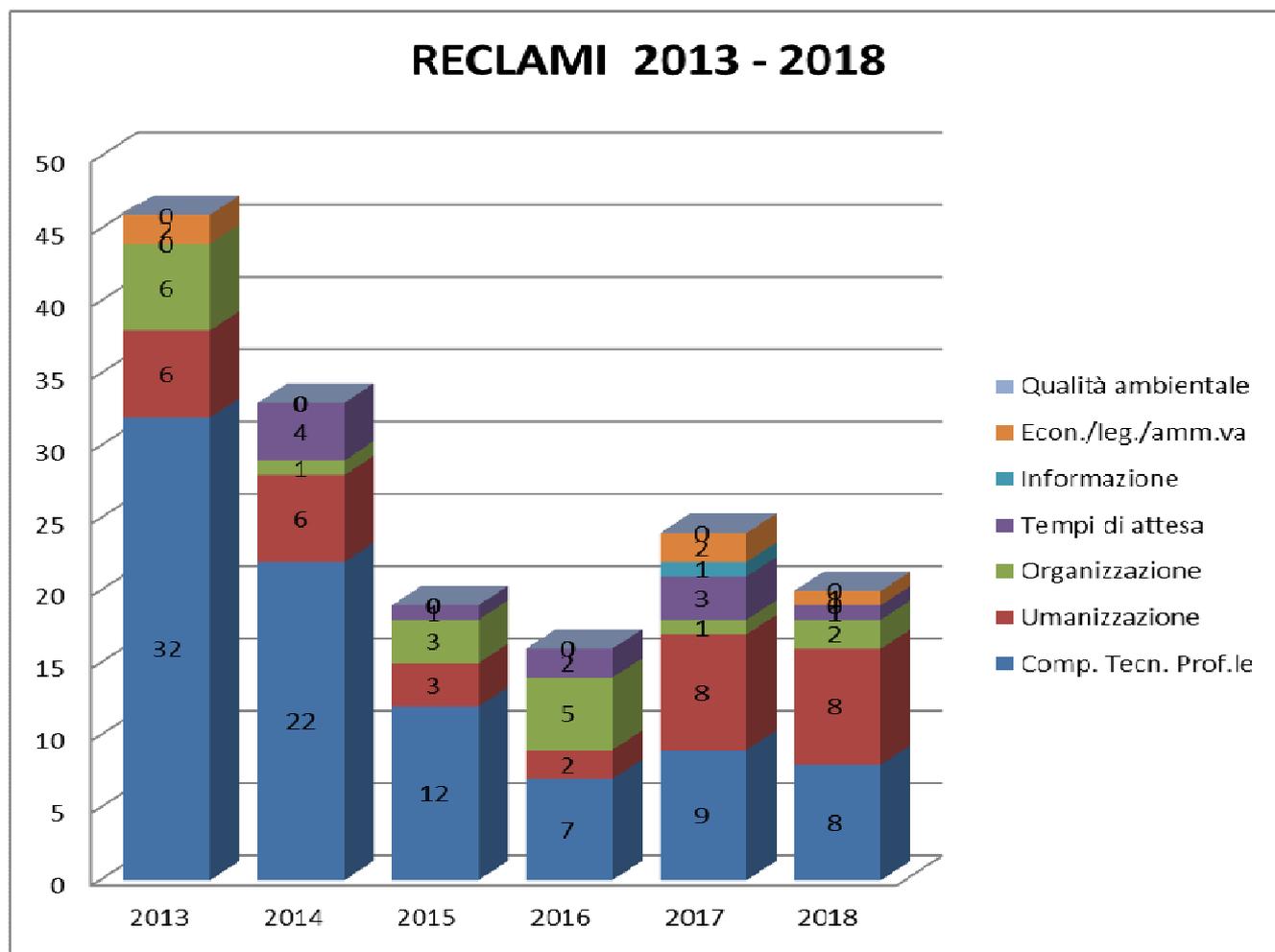
Inoltre, molti Responsabili di struttura, oltre ad aver apprezzato ed espresso pareri favorevoli in riferimento all'attività di formazione realizzata finora, in Azienda, hanno proposto che nelle attività formative si dedichi spazio al miglioramento del rapporto non solo con l'utenza ma anche tra dipendenti, e hanno infine, suggerito di organizzare corsi di approfondimento riferiti a specifici settori/attività potenzialmente esposti al fenomeno della corruzione.

Dalle relazioni annuali e/o dalla scheda di monitoraggio del comportamento dei dipendenti è emerso ancora che si è posta una maggiore attenzione da parte di alcuni Direttori alla corretta comunicazione delle attività extraistituzionali.

Si ritiene, inoltre, utile riportare i dati e le elaborazioni che rappresentano l'andamento dei reclami dei cittadini utenti nel periodo 2013-2018.

#### Reclami dei cittadini-utenti

La ricezione e gestione dei reclami da parte dei cittadini e utenti è curata dall'URP attraverso una procedura che consente di optare tra diverse modalità di presentazione (verbale, presentata rivolgendosi direttamente agli sportelli o telefonicamente, a mezzo posta, fax e-mail). A decorrere dal 2014, l'URP è anche competente a ricevere segnalazioni di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi in attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione. L'analisi dei dati disponibili alla data del 31 dicembre 2018 evidenzia una netta flessione dei reclami presentati all'URP che sono passati dai 46 del 2013, ai 33 del 2014, per poi ridursi ulteriormente nel 2015 e nel 2016, anni di contrazioni significative, con soli 19 reclami e 16 reclami nel 2016. Nel 2017 vi era stato un lieve innalzamento a 24 reclami. Mentre nel 2018 sono calati a 20. Nel sotto riportato istogramma vengono rappresentati i reclami pervenuti negli ultimi sei anni suddivisi in base alla categoria della classificazione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.



#### Procedimenti disciplinari

Nel 2018 si registra una sostanziale invarianza dei numeri delle segnalazioni di illeciti disciplinari ricevute dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) nei confronti del personale dipendente rispetto agli ultimi anni: infatti le segnalazioni arrivano a 5, come nel 2016, contro le 7 del 2017, quando nel 2015 erano 6, quindi si mantiene la distanza dal picco delle 18 segnalazioni del 2014.

## 4. Risorse, efficienza ed economicità

### Le risorse finanziarie

Nell'anno 2018 i costi dell'ASL CN1 sono aumentati. I fattori che hanno determinato maggiori spese sono l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza ed il maggior bisogno di assistenza (es. invecchiamento popolazione). L'adeguamento del contratto collettivo nazionale del comparto ha incrementato i costi del personale.

Nel complesso i costi della gestione ordinaria sono incrementati di 12,143 milioni rispetto al 2017 (+2,23%). I ricavi della gestione ordinaria sono incrementati di 2,414 milioni (+0,34%); il saldo della gestione ordinaria presenta quindi un peggioramento, rispetto al 2017, di 9,729 milioni.

I risultati, in migliaia di euro, sono sintetizzati nei totali della tabella Nuovo Modello di Aggregazione Ministeriale (c.d. Grafico CE) che viene utilizzata di prassi per l'analisi del conto economico.

<b>RIEPILOGO</b>	<b>Cons. 2018</b>	<b>Cons. 2017</b>	<b>Var. Ass.</b>	<b>Var. Rel.</b>
Totale ricavi gestione ordinaria	722.890	720.476	2.414	0,34%
Totale costi gestione ordinaria	556.961	544.818	12.143	2,23%
Risultato gestione ordinaria	165.929	175.658	- 9.729	-5,54%
Risultato di gestione	- 6.636	2.301	- 8.937	N.D.

Il bilancio 2018 ha quindi realizzato una perdita di esercizio di 6.640.656 euro, di importo inferiore alla perdita programmata prevista dalla DGR n. 23-8257 del 27/12/2018 (8.216.010 euro).

La perdita sopra richiamata non indica una diminuzione dell'efficienza aziendale, se si tiene conto dell'incremento della produzione di circa 4 milioni di euro, dell'effetto dell'applicazione del rinnovo del contratto collettivo nazionale del comparto di circa 3,7 milioni, dell'impatto economico dei farmaci oncologici innovativi e dell'incremento di produzione dell'Azienda Ospedaliera di Cuneo di oltre 6 milioni di euro.

Inoltre l'ASL CN1 fruisce del finanziamento in quota capitaria più basso di tutto il Piemonte. Dai dati del 2017, infatti, risulta un finanziamento, per la provincia di Cuneo, di 1.746 euro ad abitante, a



<b>RIEPILOGO</b>	<b>Cons 2018</b>	<b>Cons. 2017</b>	<b>Var. Ass.</b>	<b>Var. Rel.</b>
<i>Quota FSN lorda</i>	680.605	675.341	5.264	0,78%
<i>di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	3.725	4.238	- 513	-12,10%
<i>Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	676.880	671.103	5.777	0,86%
<i>STP</i>	530	462	68	14,72%
<i>Altri Contributi da Regione</i>	15.775	18.361	- 2.586	-14,08%
<b><i>Totale contributi regionali</i></b>	<b>693.185</b>	<b>689.926</b>	<b>3.259</b>	<b>0,47%</b>
<i>Altri Contributi da altri enti pubblici</i>	3.029	3.486	- 457	-13,11%
<i>Contributi da privati</i>	130	315	- 185	-58,73%
<b><i>Totale contributi in c/esercizio</i></b>	<b>696.344</b>	<b>693.727</b>	<b>2.617</b>	<b>0,38%</b>
Ricavi per prestazioni	4.316	4.009	307	7,66%
Recuperi e rimborsi	2.414	5.257	- 2.843	-54,08%
Ticket	9.613	9.160	453	4,95%
Ricavi vari	4.397	2.812	1.585	56,37%
	<b>20.740</b>	<b>21.238</b>	<b>- 498</b>	<b>-2,34%</b>
Ricavi intramoenia	5.806	5.511	295	5,35%
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>722.890</b>	<b>720.476</b>	<b>2.414</b>	<b>0,34%</b>
Acquisti e manutenzioni	85.996	80.468	5.528	6,87%
Assistenza sanitaria di base	49.421	49.150	271	0,55%
Farmaceutica	47.652	48.429	- 777	-1,60%
Specialistica	8.865	8.156	709	8,69%
Riabilitativa	18.891	18.307	584	3,19%
Integrativa	8.314	8.614	- 300	-3,48%
Ospedaliera da privato (case di cura)	10.454	10.600	- 146	-1,38%
Ospedaliera da privato (presidi)	-	-		
Altra assistenza	39.454	40.542	- 1.088	-2,68%
Altri servizi	23.677	20.726	2.951	14,24%
Godimento di beni e servizi	5.626	5.603	23	0,41%
Personale dipendente	198.016	193.737	4.279	2,21%
Spese amministrative e generali	10.953	10.934	19	0,17%

<b>RIEPILOGO</b>	<b>Cons 2018</b>	<b>Cons. 2017</b>	<b>Var. Ass.</b>	<b>Var. Rel.</b>
Servizi appaltati	22.649	21.675	974	4,49%
Accantonamenti	7.834	8.823	- 989	-11,21%
Imposte e tasse	15.143	14.784	359	2,43%
Oneri finanziari	70	529	- 459	-86,77%
Variazione delle rimanenze	- 303	- 149	- 154	N.D.
Compartecipazioni personale intramoenia	4.249	3.890	359	9,23%
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>556.961</b>	<b>544.818</b>	<b>12.143</b>	<b>2,23%</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>165.929</b>	<b>175.658</b>	<b>- 9.729</b>	<b>-5,54%</b>
Ricavi straordinari	11.802	3.629	8.173	225,21%
Costi straordinari	- 1.055	- 797	- 258	32,37%
Mobilità attiva extra	6.343	6.693	- 350	-5,23%
Mobilità passiva extra	- 14.550	- 14.550	-	0,00%
Mobilità attiva INTRA	15.968	15.432	536	3,47%
Mobilità passiva intra	-187.783	-180.562	- 7.221	4,00%
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	6.216	6.171	45	0,73%
Ammortamenti	- 9.355	- 9.160	- 195	2,13%
Svalutazioni	- 151	- 213	62	-29,11%
<b>Risultato di gestione</b>	<b>- 6.636</b>	<b>2.301</b>	<b>- 8.937</b>	<b>N.D.</b>
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	-	-		
<b>Risultato differenziale</b>	<b>- 6.636</b>	<b>2.301</b>	<b>- 8.937</b>	<b>N.D.</b>
Dettaglio di alcune macro voci di costo-ricavo:	<b>importo</b>	<b>Importo</b>	<b>Variatz</b>	<b>Variatz Rel</b>
Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze	85.693	80.319	5.374	6,69%
Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze al netto beni integrativa e protesica	79.819	75.138	4.681	6,23%
Acquisti e manutenzioni - farmaci	45.421	43.504	1.917	4,41%
Farmaci	40.575	36.964	3.611	9,77%
Di cui farmaci per distribuzione diretta	22.092	19.725	2.367	12,00%
Farmaceutica convenzionata + farmaci distribuzione diretta	69.744	68.154	1.590	2,33%
Convenz.ni uniche medicina generale. Escluso medici conv. 118	44.428	44.298	130	0,29%
costo medici convenzionati 118 -emergenza-	4.993	4.852	141	2,91%

<b>RIEPILOGO</b>	<b>Cons 2018</b>	<b>Cons. 2017</b>	<b>Var. Ass.</b>	<b>Var. Rel.</b>
Specialistica - escluso costo medici spec.int "Sumai"	575	526	49	9,32%
costo medici spec.int "Sumai"	8.290	7.630	660	8,65%
Acquisto beni servizi noleggio integrativa protesica	13.957	13.431	526	3,92%
Personale ruolo sanitario (compreso interinale ed universitario)	157.718	154.477	3.241	2,10%
Personale ruolo professionale (compreso interinale)	779	857	- 78	-9,10%
Personale ruolo tecnico (compreso interinale)	21.766	21.240	526	2,48%
Personale ruolo amministrativo (compreso interinale)	17.753	17.163	590	3,44%
Saldo mobilità interregionale (mobilità attiva-passiva)	- 8.207	- 7.857	- 350	4,45%
Saldo mobilità intraregionale (mobilità attiva-passiva)	-171.815	-165.130	- 6.685	4,05%
Altra assistenza meno rimborsi..trasferim.	34.793	35.565	- 772	-2,17%
rimborsi..trasferimenti	4.661	4.977	- 316	-6,35%

### **I fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico del personale – anno 2018**

Ogni anno l'Azienda definisce e quantifica nel loro ammontare i fondi aziendali di finanziamento degli istituti del trattamento economico relativi alle Aree Dirigenziali ed al Personale del Comparto. Attualmente, con deliberazione n. 152 del 15/04/2019, è stato quantificato in via definitiva l'ammontare dei fondi contrattuali per l'anno 2018. Entro breve, sarà formalizzato con specifico provvedimento l'ammontare definitivo dei citati fondi 2018 anche per le aree dirigenziali. La quantificazione è effettuata tenendo conto delle vigenti disposizioni di legge in materia e delle norme al riguardo contenute nei vigenti CC.NN.NN.L. delle aree contrattuali per il Personale del Comparto, per l'Area Dirigenziale Medica e Veterinaria e per l'Area Dirigenziale Sanitaria Professionale Tecnica Amministrativa, nonché degli accordi annuali aziendali sottoscritti con le OO.SS. relativi ai fondi 2018 e al loro utilizzo.

Di seguito si riepilogano i citati importi definitivi dei fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico delle aree di contrattazione della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza Sanitaria, della Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa e del Personale del Comparto, relativi all'anno 2018.

<b>DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA</b>	
<b>FONDO PER L'INDENNITA' DI SPECIFICITA' MEDICA, RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO TRATTAMENTO E INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>	
ART. 54 CCNL 3.11.2005 - ART. 10 CCNL 5.7.2006 - ART. 24 CCNL 17.10.2008 - ART. 9 CCNL 06.05.2010	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>13.293.222,78</b>
<b>FONDO TRATTAMENTO ACCESSORIO LEGATO ALLE CONDIZIONI DI LAVORO</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>2.062.393,97</b>
<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>5.671.612,91</b>
<b>TOTALE FONDI DEFINITIVI 2018</b>	<b>21.027.229,66</b>

<b>DIRIGENZA SANITARIA</b>	
<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO TRATTAMENTO E INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>656.683,14</b>
<b>FONDO TRATTAMENTO ACCESSORIO LEGATO ALLE CONDIZIONI DI LAVORO</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>9.336,31</b>
<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>447.461,57</b>
<b>TOTALE FONDI DEFINITIVI 2018</b>	<b>1.113.481,02</b>

<b>DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA AMMINISTRATIVA</b>	
<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO TRATTAMENTO E INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>727.832,14</b>
<b>FONDO TRATTAMENTO ACCESSORIO LEGATO ALLE CONDIZIONI DI LAVORO</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>12.197,71</b>
<b>FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>448.419,51</b>
<b>TOTALE FONDI DEFINITIVI 2018</b>	<b>1.188.449,36</b>

<b>PERSONALE DEL COMPARTO</b>	
<b>FONDO CONDIZIONI DI LAVORO E INCARICHI</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>9.337.259,19</b>
<b>FONDO PREMIALITA' E FASCE</b>	
<b>Totale fondo definitivo 2018</b>	<b>12.330.364,56</b>
<b>TOTALE FONDI DEFINITIVI 2018</b>	<b>21.667.623,75</b>

Per quanto concerne la ripartizione della retribuzione di risultato, l'Azienda ha trasmesso, con nota prot. n. 53605 del 08/05/2019, alle OO.SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria, l'informativa ai sensi del vigente C.C.I.A. contenente i dati relativi al budget retribuzione di risultato 2018 riferito ai dirigenti non responsabili di struttura (come si evince dalle tabelle sotto riportate), con indicazione della sezione della Intranet aziendale in cui reperire le schede delle riunioni di budget 2018 e relativi allegati.

Analoga informativa non è stata richiesta dalle OO.SS. dell'Area Dirigenziale S.P.T.A., nell'ambito della quale non si riscontrano peraltro significative modifiche rispetto ai budget di risultato definiti per i dirigenti non responsabili di struttura nell'anno 2017.

## RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2018 - DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI

### Allegato 1 - informativa su risultato 2018 - dirigenti medici e veterinari

Struttura	Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente	Orario negoziato per obiettivi prestazionali	Budget dirigenti non responsabili di struttura
S.C. Anatomia Patologica	3,21	239,00	24.075,00
S.C. Anestesia Rianimazione Mondovì	19,83	3.570,00	273.700,00
S.C. Anestesia Rianimazione Savigliano	29,92	5.087,00	392.965,00
S.C. Cardiologia Mondovì	8,33	647,00	63.780,00
S.S. Cardiologia Riabilitativa	3,00	225,00	22.500,00
S.C. Cardiologia Savigliano	14,00	1.403,00	126.160,00
S.C. Chirurgia Generale Mondovì	12,75	1.007,50	98.725,00
S.C. Chirurgia Generale Savigliano	14,79	1.131,12	112.187,50
S.C. Oncologia	7,75	681,67	64.125,00
S.C. Diabetologia territoriale	6,05	454,00	45.375,00
SS.CC. di Direzione Sanitaria Mondovì e Savigliano	4,00	450,00	39.000,00
S.C. Distretto Sud-Ovest	4,00	384,00	35.040,00
S.C. Distretto Nord-Est	4,00	300,00	30.000,00
S.C. Distretto Nord-Ovest	2,80	210,00	20.999,80
S.C. Distretto Sud-Est	1,70	128,00	12.750,00
S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 (Sovrazonale)	18,00	1.350,00	135.000,00
S.C. Maxiemergenza 118 (Regionale)	2,00	150,00	15.000,00
S.S.D. Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria + S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità	3,00	225,00	22.500,00
S.S. Medicina Trasfusionale	6,00	638,50	56.300,00
S.S. Laboratorio Analisi	6,80	907,00	74.800,00
S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano	12,73	1.062,00	101.883,00
S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì	17,00	1.450,50	138.000,00
S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Sud	8,00	600,00	60.000,00
S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Nord	5,00	375,00	37.500,00

S.C. Lungodegenza Fossano + S.C. Neuroriabilitazione Fossano	4,53	339,00	34.075,00
S.C. Medicina Interna Mondovì	7,29	542,16	54.675,00
S.C. Medicina Interna Ceva	4,70	352,50	35.250,00
S.C. Medicina Interna Saluzzo	11,04	826,25	82.825,00
S.C. Medicina Interna Savigliano	7,80	828,00	73.086,00
S.C. Medicina del Lavoro	3,00	260,00	24.600,00
S.C. Medicina Legale+ S.S.D. Medicina sportiva	12,25	919,00	91.875,00
S.C. Nefrologia Dialisi Mondovì	7,83	662,50	66.250,00
S.C. Neurologia Savigliano	6,00	450,00	45.000,00
S.C. Neurologia Mondovì	4,00	300,00	30.000,00
S.C. Neuropsichiatria Infantile	6,30	472,50	47.250,00
S.C. Oculistica	5,14	425,67	41.050,00
S.C. Ortopedia Traumatologia Mondovì	7,67	852,06	74.108,33
S.C. Ortopedia Traumatologia Savigliano	11,00	935,00	89.100,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Mondovì	6,48	486,00	48.596,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	3,00	225,00	22.500,00
S.C. Otorinolaringoiatria Savigliano	3,74	225,00	28.050,00
S.C. Pediatria Mondovì	6,58	482,50	48.675,00
S.C. Pediatria Savigliano	9,08	668,00	67.325,00
S.C. Psichiatria Area Sud	16,83	1.305,00	127.050,00
S.C. Psichiatria Area Nord	11,69	866,50	87.725,00
S.C. Radiologia Mondovì	7,42	665,00	62.125,00
S.C. Radiologia Savigliano	10,58	1.050,16	94.755,00
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche + S.S. Tutela Salute in ambito Penitenziario	13,00	992,00	98.500,00
S.C. Urologia	10,92	997,00	92.575,00
S.C. S.I.A.N.	5,00	375,00	37.500,00
S.C. S.I.S.P.	9,25	721,34	70.975,00
S.C. S.PRE.S.A.L	5,80	450,00	45.000,00
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale	25,00	1.875,00	187.500,00
SC Igiene degli Allevamenti delle Produzioni Zootecniche	14,40	1.171,00	113.525,00
S.C. Sanità Animale	58,00	4.351,00	435.000,00
<b>Totale</b>	<b>529,98</b>	<b>47.745,43</b>	<b>4.458.885,63</b>

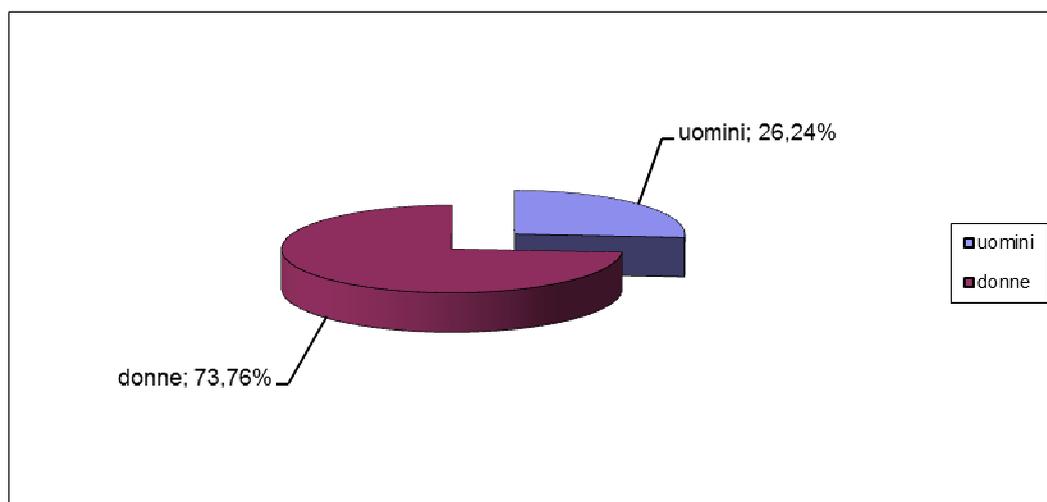
## 5. Pari opportunità

La relazione, predisposta annualmente rappresenta il documento di consuntivazione, normativa previsto nell'ambito delle funzioni assegnate al Comitato Unico di Garanzia.

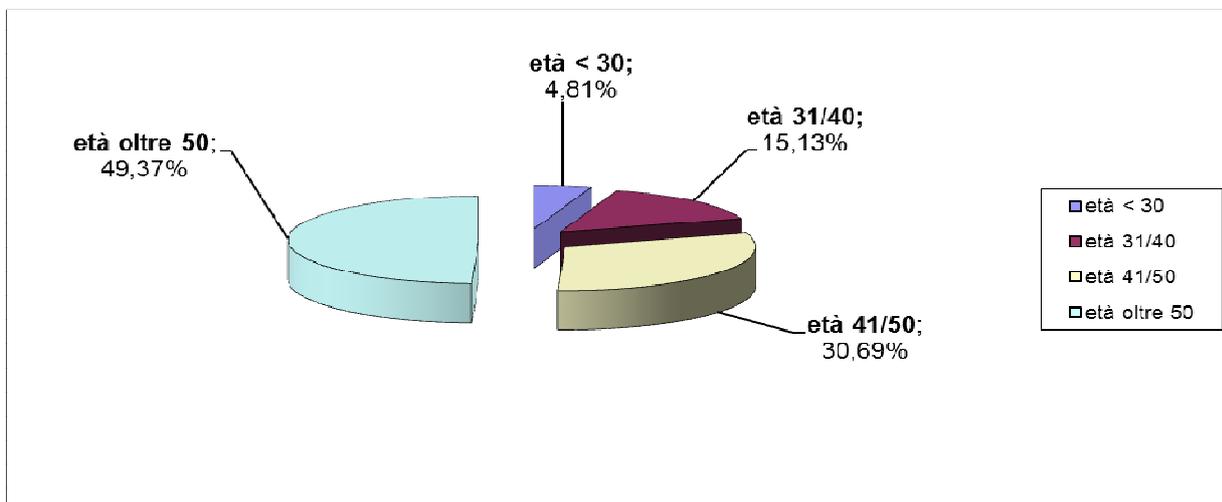
Nel restituire un quadro aziendale in termini di composizione del personale, di distribuzione del salario complessivo fra uomini e donne, di utilizzo dei congedi parentali e/o permessi per l'assistenza e la cura familiare, di svolgimento dell'attività formativa e delle iniziative in tema di sicurezza e valutazione dei rischi, la finalità insita nella redazione del documento è comunque quella di focalizzare l'attenzione sulla parità di genere, le pari opportunità, il benessere organizzativo e il contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e violenza morale e psichica nei luoghi di lavoro.

Si ritiene interessante proporre in anteprima, la distribuzione della popolazione aziendale (qualifiche, età, tipologie contrattuali etc.) e la quantificazione sia dei congedi parentali obbligatori-facoltativi usufruiti e sia dell'attività formativa distinta per area e per genere, rilevata al 31 dicembre 2018, il personale dipendente, in servizio a tempo indeterminato e determinato risulta essere così composto:

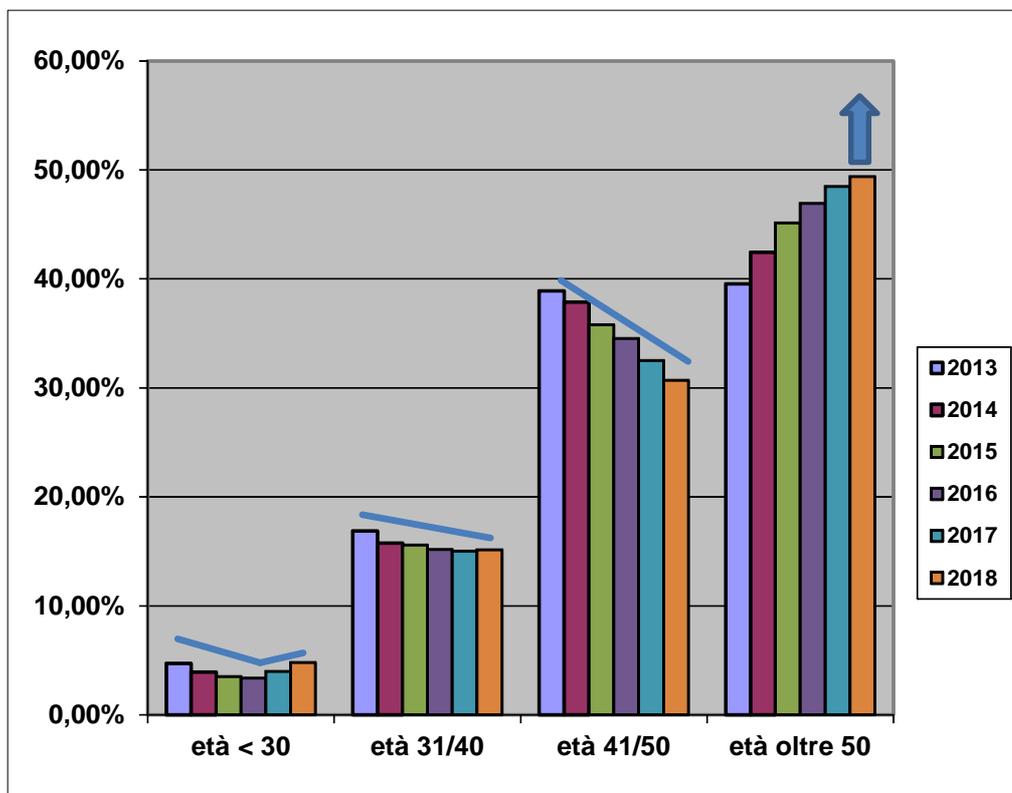
**Situazione di genere**



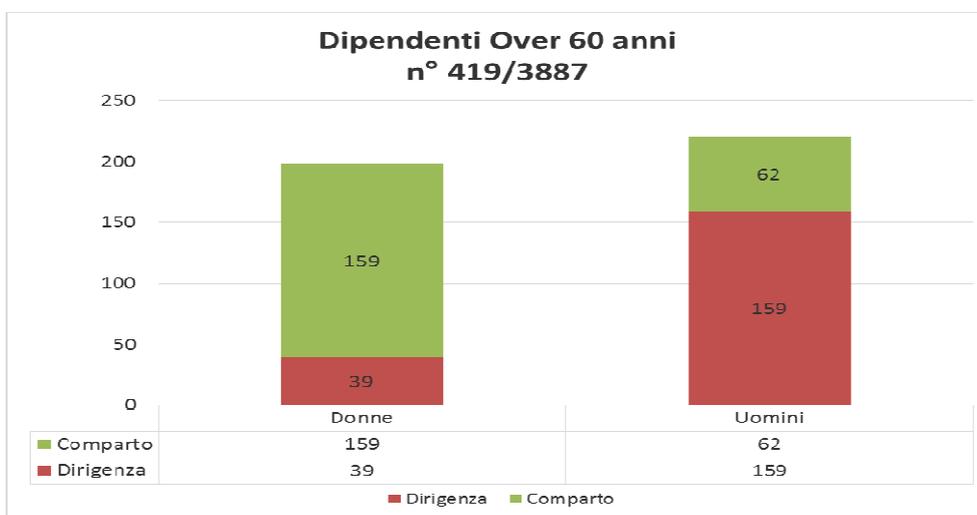
## Composizione per fasce di età



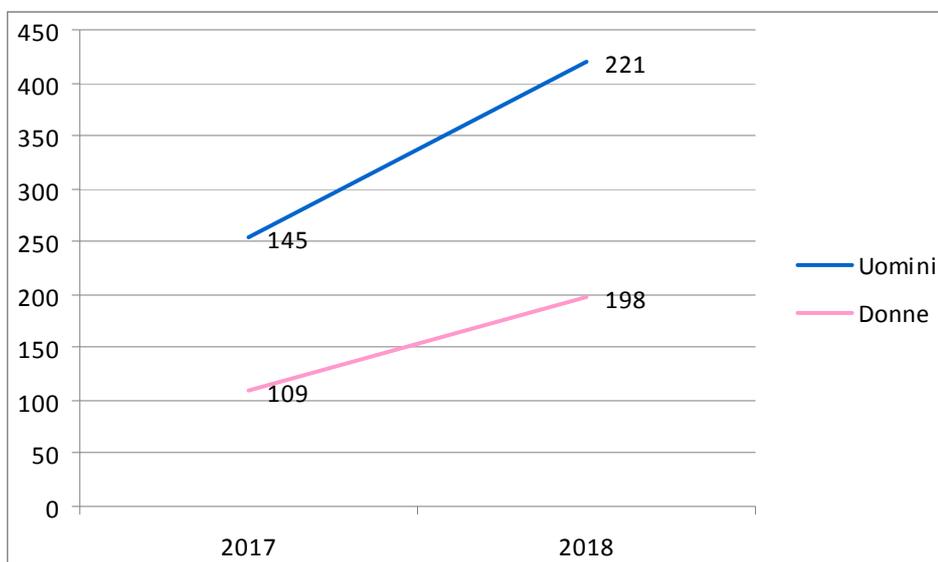
Ne consegue l'andamento rilevato nel periodo osservato 2013-2018:



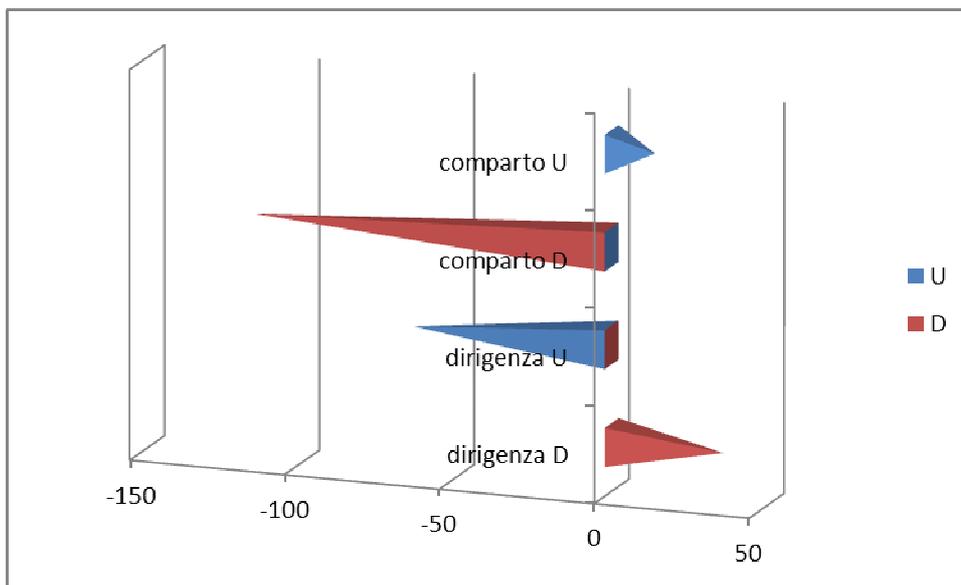
Si è ritenuto importante continuare a portare l'attenzione, sulla tematica **dell'invecchiamento progressivo della popolazione aziendale**, come emerge dalla rappresentazione seguente:



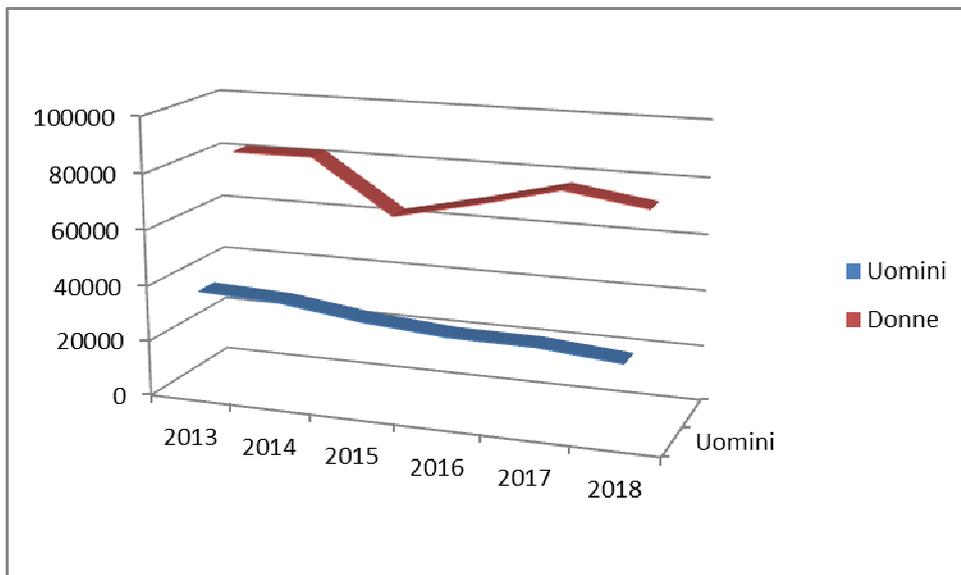
In particolare si segnala un maggior numero di dipendenti (over 60) di genere maschile, rispetto al numero di donne (over 60) dipendenti di questa azienda, come rappresentato nella figura che segue:



Inoltre, il confronto delle dotazioni organiche (dirigenza e comparto) riferite agli anni 2013-2018, restituisce il seguente grafico:



La parte conclusiva del documento include le informazioni aggregate, relative all'andamento dell'attività formativa e in particolare:



e restituisce i dati in merito all'attività svolta dal servizio preposto in tema in tema di sicurezza e valutazione dei rischi (piani di emergenza incendio) e prove di evacuazione, in riferimento sia alle sedi di presidio e sia a quelle extra-ospedaliere.

## 6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance

La presente Relazione sulla Performance rappresenta la fase conclusiva del Ciclo di gestione della Performance dell'ASL CN1, le cui fasi operative, la tempistica ed i soggetti coinvolti sono riportate nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (al punto 2.3 di tale documento).

Il Ciclo di gestione della Performance 2018 si è aperto con l'approvazione del Piano della Performance e la verifica finale sul grado di attuazione degli obiettivi ivi contenuti e trova la sua sintesi nella Relazione sulla Performance, che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate. La fase di valutazione finale si è avviata con la richiesta dei dati ai Referenti aziendali, inviata a ciascuno con email del 17 dicembre 2018, in cui si sono date precise indicazioni sulle modalità di redazione delle relazioni, ed invitato a ciascun Referente Aziendale un apposito prospetto Microsoft EXCEL all'interno del quale raccogliere la relazione conclusiva degli obiettivi e si è data la scadenza del 19 febbraio 2019 per far pervenire le relazioni alla S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance. Nel corso dei primi mesi dell'anno 2019, quindi la Struttura ha istruito la documentazione necessaria alla valutazione, raccogliendo la documentazione man mano pervenuta e predisponendo le schede da sottoporre all'OIV, che vengono estratte dalla procedura informatica di gestione del budget. Tali documenti contengono integralmente la scheda di budget firmata dai Responsabili delle strutture e a fianco di ogni obiettivo vengono riportati i risultati espressi dai Referenti aziendali, come indicazioni che poi vengono sottoposte all'OIV.

Nelle sedute del 13 e 20 marzo 2019, l'OIV ha espresso le proprie valutazioni che sono state riportate nelle schede sopraccitate, esaminando le proposte dei valutatori interni, approfondendo le situazioni critiche e individuando criteri (o condividendo quelli proposti dai Relazionanti) per strutturare la valutazione in modo oggettivo.

Le valutazioni sono state riportate nella procedura informatica, a fianco di ogni obiettivo e a fronte della valutazione del Relazionante interno, dando origine ad un punteggio percentuale di raggiungimento (secondo le tabelle precedentemente illustrate).

L'insieme di queste annotazioni è quindi confluito nelle schede di verifica budget che costituiscono il documento analitico delle risultanze di ogni obiettivo per ogni struttura e pertanto si allegano alla presente relazione; da queste poi, anche con l'ausilio della procedura informatica, sono stati estratte

le statistiche ed i grafici riportati in precedenza.

Terminato il processo di valutazione della Performance organizzativa di competenza dell'OIV, recepito nella delibera 156 del 15/04/2019 l'Azienda come di consueto ha avviato la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto, attraverso gli strumenti che sono descritti nel SMVP.

Le valutazioni della performance individuale dei dirigenti e del comparto, espresse dai valutatori aziendali (anche sulla base delle risultanze dell'OIV), sono poi confluite nelle statistiche che sono riportate e che sono state prodotte dalla S.S. OSRU e Relazioni Sindacali sia per la parte della dirigenza, sia per la parte del comparto.

La Relazione sulla Performance è stata redatta dalla S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance secondo i contenuti previsti dalla delibera CIVIT 5/2012 avente ad oggetto "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b) del D. Lgs n. 150/2009 e s.m.i., relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla Performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto" e con il supporto delle strutture aziendali che detengono i dati di attività, quali la S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione, la S.S. Direzione Amministrativa Distrettuale, la S.S.D. Direzione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione, la S.C. Bilancio e Contabilità, la S.C. Gestione Risorse Umane, la S.S. Formazione Sviluppo Competenze e Qualità, la S.S. OSRU e Relazioni Sindacali ed il Responsabile Aziendale per la Prevenzione della Corruzione, unitamente al Responsabile della Trasparenza.

La Relazione viene adottata con apposita deliberazione della Direzione Generale entro il 30/06/2019 come richiesto dalla normativa vigente. A seguire, la Relazione viene trasmessa all'OIV che ha il compito di approfondirne i contenuti ed elaborare e formalizzare il documento di validazione della Relazione; come sottolineato all'art. 14 comma 6 del Decreto sopra citato, la validazione della Relazione sulla Performance è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti premianti e quindi per l'erogazione del saldo della retribuzione di risultato per l'anno 2018. L'OIV dell'ASL CN1 provvederà a trasmettere alla Direzione Generale e per conoscenza all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica il documento di validazione. Entro il 15/09/2019 la Direzione Generale trasmetterà il documento di validazione unitamente alla Relazione all'A.N.AC., al Dipartimento della Funzione Pubblica, al M.E.F. e all'Assessorato regionale. Tutta la documentazione verrà pubblicata

tempestivamente sul sito internet aziendale, nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente". La Relazione sulla Performance, intesa come momento di confronto tra i risultati conseguiti a consuntivo rispetto agli obiettivi di budget definiti a monte e contenuti nel Piano della Performance, ha rappresentato un importante momento di sintesi per l'Azienda; infatti, i dati di consuntivo conseguiti costituiscono sia un'opportunità per riorientare, ove necessario, la strategia aziendale, sia una solida base di partenza per la programmazione dell'anno 2019.

Nell'ottica di armonizzare i contenuti della performance con le tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione, nel corso del 2018 è proseguita la collaborazione con il Responsabile Aziendale per la Trasparenza e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, attraverso lo scambio di informazioni, documentazioni e strumenti di metodologia su tematiche necessariamente integrate e composite. Sintesi di tale sinergia è contenuta al punto 9 del documento redatto a cura dell'OIV denominato "Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni – anno 2018", trasmesso in data 18/04/2019 al Direttore Generale dell'ASL CN1, all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica e pubblicato sul sito internet istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente" → Controlli e rilievi sull'amministrazione → Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe.

Il progetto per il futuro è sicuramente volto ad utilizzare le misure disponibili per promuovere una progressiva convergenza tra le priorità attese, istituzionali ed aziendali, ed i comportamenti professionali agiti, a livello di team ed individuale.

## 7. Allegati

- Delibera n. 156 del 15/04/2019 "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2018 da parte delle strutture dell'ASL CN1";
- Verifica Finale Budget 2018 – Obiettivi per struttura;
- Relazione annuale 2018 attività del CUG.