



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASL CN1

Anno 2020

“I pensieri messi per iscritto non sono nulla di più che la traccia di un viandante nella sabbia: si vede bene che strada ha preso, ma per sapere che cosa ha visto durante il cammino bisogna far uso dei suoi occhi.”

(Arthur Schopenhauer)

Premessa

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2020 viene predisposta in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del D. Lgs. 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.

Preliminarmente alla trattazione dei contenuti del presente documento, non si può fare a meno di menzionare la straordinarietà del contesto entro cui si colloca la redazione dello stesso, in considerazione della assoluta gravità del momento attraversato dall'intera collettività mondiale per effetto dello stato di emergenza sanitaria connessa alla diffusione del COVID-19, che ha comportato l'adozione di misure eccezionali in recepimento delle molteplici disposizioni normative nazionali e regionali, che si sono freneticamente succedute negli scorsi mesi, determinando un profondo sconvolgimento nella gestione delle attività istituzionali aziendali.

La portata eccezionale dell'emergenza sanitaria che si è sviluppata nel corso del 2020 ha quest'anno

sconvolto integralmente anche la struttura della performance così come descritta nel sistema di misurazione e valutazione aziendale, portando ovviamente ad una ridefinizione non solo delle modalità operative (l'impossibilità di incontrarsi ha impedito la fase di negoziazione degli obiettivi), ma anche della progettualità complessiva che è stata completamente assorbita dalla tematica di risposta all'epidemia di COVID 19.

Le valutazioni positive complessivamente ottenute nel corso del 2020 confermano che l'Azienda si è mossa nei tempi e nei modi che la situazione ha di volta in volta richiesto, grazie alla consolidata attenzione nella produzione di servizi e di prestazioni assistenziali erogate all'utenza, declinate in diversi profili, da quello clinico a quello organizzativo: come sempre si è posta centralità 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.

Come di consueto, 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

1. Introduzione e presentazione del documento	7
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	11
2.1 Il contesto esterno di riferimento	11
2.1.1 Territorio e contesto demografico	11
2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno	12
2.2 L'Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti	15
2.2.1 Il personale	15
2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti	22
2.3 Progetti di miglioramento della qualità percepita	40
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	43
3.1 Monitoraggio infrannuale	50
3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici	51
3.3 La Performance Organizzativa	52
3.3.1 Obiettivi pienamente/sostanzialmente raggiunti	56
3.4 La Performance Individuale	61
3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2020 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento	64
3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2020– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali	66
3.5 Risultati 2020 su Trasparenza, Integrità e Anticorruzione	74
3.5.1 Trasparenza	74
3.5.2 Anticorruzione	75
4. Risorse, efficienza ed economicità	82
5. Pari opportunità	90
6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance	92
7. Allegati	96

1. Introduzione e presentazione del documento

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASL CN1 (adottato con delibera n. 492 del 23/12/2014, aggiornato con delibere n. 443 del 19/12/2018, n. 517 del 13/12/2019 e n. 651 del 15/12/2020, 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'emergenza epidemiologica da COVID 19 e la necessità di concentrare l'azione dell'ASL CN1 sulla definizione delle misure di contrasto hanno influito nella gestione dell'intero processo, per i cui risultati è stata necessaria la fattiva collaborazione di tutti i Direttori di Dipartimento e i Direttori delle strutture complesse e semplici dipartimentali, ed anche le tempistiche hanno dovuto tener conto delle nuove esigenze portate in campo dall'esigenza di risposta all'epidemia.

Pertanto nella definizione degli obiettivi di budget per l'anno 2020, comunque articolati e formalizzati secondo le modalità aziendali, si è dovuto tener conto della situazione sanitaria che si è venuta a creare a partire dal febbraio 2020, pur considerando le attività da conseguire e le risorse da utilizzare, definendo i relativi indicatori al raggiungimento degli obiettivi e target di riferimento.

Il sistema degli obiettivi risulta pertanto descritto inizialmente nel Piano della Performance per l'anno 2020, adottato con delibera n. 45 del 23/01/2020 e poi è stato successivamente aggiornato, per recepire i mutamenti di programmazione intervenuti a seguito dell'epidemia COVID 19, con la delibera n. 502 del 08/10/2020, 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.

La modifica del piano di azione è stata svolta, durante il monitoraggio in corso di esercizio degli obiettivi che è stato svolto come sempre, secondo quanto previsto dal Ciclo della Performance

dell'ASL CN1, proprio con la finalità di attivare eventuali correttivi in caso di evidente scostamento, in proiezione, dallo standard.

L'attuale relazione è pertanto il documento che, a conclusione dell'anno, riferisce del processo di misurazione ed alla valutazione annuale della performance sia individuale sia organizzativa (come illustrato al paragrafo 3 del SMVP).

Dal punto di vista formale, 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 *"...competete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura ... nel suo complesso"*.

D'altra parte gli ultimi anni sono stati caratterizzati da una sempre maggior attenzione da parte dei cittadini (sollecitati in tal senso anche dalla normativa) nei confronti dell'operato delle pubbliche amministrazioni. Concetti come efficienza, efficacia ed economicità, rivestono oggi un ruolo dominante e l'atteso da parte dei cittadini è un'opportuna comunicazione e rendicontazione delle proprie attività, quantificando in maniera oggettiva i risultati ottenuti, gli scostamenti rispetto alle previsioni, contribuendo a rendere effettivi i diritti all'accessibilità e alla trasparenza, nel modo più comprensibile e snello possibile per una platea tanto vasta quanto eterogenea.

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.

Il sistema così descritto, nel corso del 2020, ha necessariamente subito la caratterizzazione dell'emergenza COVID 19, che ha imposto uno scenario inedito con un completo ripensamento delle attività e dei servizi da offrire.

Come detto, la situazione emergenziale ha determinato la necessità della rimodulazione del sistema degli obiettivi: questi adattamenti intrapresi per contrastare la pandemia hanno coinvolto innanzitutto i Servizi sanitari, in prima linea per la risposta sia nella prevenzione sia nel contrasto della malattia nel territorio ed in ospedale, ma anche le Strutture amministrative, che hanno fatto ricorso, per quanto possibile, allo smart working, pur garantendo, ove permesso dalle regolamentazioni vigenti, un presidio costante degli uffici e la continuità dei servizi, anche nei momenti più impegnativi della crisi pandemica.

L'emergenza sanitaria, che in pochissimo tempo ha assunto proporzioni globali, ha richiesto l'adozione di tempestive e drastiche misure di contenimento, adattamento e gestione, che nella Provincia di Cuneo hanno avuto un forte impatto anche e soprattutto nell'autunno-inverno 2020.

Gli obiettivi originariamente assegnati nel Piano della Performance ad ogni singola struttura sono stati soppiantati dalla più imminente necessità di affrontare questo nuovo, inedito, complesso contesto che ha comportato la necessità di reinventare e collaudare nuove procedure e modalità operative.

Pertanto, per quanto riguarda gli obiettivi di budget 2020, la complessità e singolarità che hanno caratterizzato il 2020, costellato da difficoltà emerse a causa della pandemia, hanno reso necessario ridefinire gli strumenti di programmazione strategica, così come descritto nel Piano della Performance, ridefinito e deliberato come si è detto nell'autunno 2020.

Dal punto di vista dell'attuale relazione, si riferisce che 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 <100% 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 2020. La Direzione Generale con deliberazione n. 262 del 13/04/2021 avente ad oggetto “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2020 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 2020.

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 Km²; 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 2019 è 415.639, 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 Km²).

RESIDENTI AL 31/12/2019 NEL TERRITORIO DELL'ASL CN1

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Distretto SUD-OVEST					
MASCHI	11.034	22.199	29.349	17.258	79.840
FEMMINE	10.473	21.011	29.264	21.463	82.211
TOT.	21.507	43.210	58.613	38.721	162.051
Distretto SUD-EST					
MASCHI	5.328	10.954	15.449	10.247	41.978
FEMMINE	5.086	10.030	15.121	12.513	42.750
TOT.	10.414	20.984	30.570	22.760	84.728
Distretto NORD-OVEST					
MASCHI	5.371	10.555	14.749	8.913	39.588
FEMMINE	4.972	9.809	14.367	10.822	39.970
TOT.	10.343	20.364	29.116	19.735	79.558
Distretto NORD-EST					
MASCHI	6.576	12.507	16.052	9.331	44.466
FEMMINE	6.029	11.418	15.873	11.516	44.836
TOT.	12.605	23.925	31.925	20.847	89.302
TOT.GEN.					
MASCHI	28.309	56.215	75.599	45.749	205.872
FEMMINE	26.560	52.268	74.625	56.314	209.767
TOT.	54.869	108.483	150.224	102.063	415.639

Fonti: = Anagrafica Aziendale ASL CN1 - Piemonte Statistica B.D.D.E – Demo Istat

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			
31/12/2017	417.287	89.155	80.064	85.660	162.408	588.559	4.375.865	60.483.973
31/12/2018	416.511	89.442	79.478	85.296	162.295	587.213	4.328.565	59.816.673
31/12/2019	415.639	89.302	79.558	84.728	162.051	586.113	4.311.217	59.641.488

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 5.039.637 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2019, 411.936 si trovano in Piemonte (8,17%), 60.153 in Provincia di Cuneo (1,19%), mentre 40.974 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,81%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
31/12/2017	40.754	60.376	423.506	5.144.440
31/12/2018	40.953	60.262	411.083	4.996.158
31/12/2019	40.974	60.153	411.936	5.039.637

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

2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno

La DGR n. 15-2139 del 23/10/2020 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 2020, 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 2020, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in 5 tipologie articolate come segue:

N.ro	obiettivo	Articolazione			Peso	
1	Area Economico Finanziaria	1.1	Assicurare l'equilibrio economico finanziario e la sostenibilità del S.S.R.	1	Spesa consuntiva 2020 sostenuta per la gestione ordinaria del SSR	15
				2	Spesa consuntiva 2020 sostenuta per la gestione straordinaria del SSR, ovvero che si rende necessaria per contrastare l'emergenza COVID-19	12
				3	Previsionale (bilancio preventivo) per l'anno 2021	3
2	Area Accessibilità	2.1	Ridurre i tempi di attesa per i ricoveri/interventi	1	Presenza del Piano di Area Omogenea di Programmazione/aziendale per il recupero liste di attesa: entro il 5 ottobre 2020 (DGR 2-1980 del 23/09/2020)	2
				2	Numero di ricoveri/interventi erogati per recupero liste attesa (DGR 2-1980 del 23/09/2020)	4
				3	3.1 Per tipologia di intervento con codice di priorità A: N° prestazioni per classe di priorità A erogate entro 30 giorni/N° prestazioni totali per classe di priorità A	2
		3.2 Per tipo di intervento con codice di priorità B: N° prestazioni per classe di priorità B erogate entro 60 giorni/ N° prestazioni totali per classe di priorità B	2			
		2.2	Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	1	Presenza del piano di Area omogenea di Programmazione aziendale per il recupero liste di attesa: entro il 5 ottobre 2020 (DGR 2-1980 del 23/09/2020)	2
				2	Numero di prestazioni ambulatoriali erogate per recupero liste attesa (DGR 2-1980 del 23/09/2020)	4
3	Tempi di attesa (data prenotazione – data erogazione ----- N° prestazioni			4		
3	Area Prevenzione	3.1	Sviluppare il piano pandemico	1	Presenza di atto di costituzione Unità di Gestione COVID-19 a livello aziendale.	3

			regionale a livello aziendale	2	Trasmissione del piano pandemico aziendale entro il 30 ottobre 2020.	3
				3	Numero di autovalutazioni periodiche aziendali sull'attuazione del piano (da ottobre 2020)	3
				4	Numero di azioni specifiche implementate in modo coerente su numero di azioni specifiche da implementare a livello dell'Azienda	21
4	Area Farmaci e dispositivi medici	4.1	Migliorare i flussi informativi e l'appropriatezza prescrittiva	1	Flussi informativi farmaci Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO, DPC)	3
				2	Appropriatezza prescrittiva a) ATC = CO1EB18 – ranolazina b) Farmaci L04A erogati in regime di distribuzione diretta tipologia 03 c) Biologici a brevetto scaduto – acquisti diretti e convenzionata ASL e ASO Spesa in regime di DD/DPC/CO e in regime di assistenza convenzionata nel 2020 – spesa di riferimento calcolata in base ai consumi rilevati nell'anno 2019 per il prezzo di aggiudicazione dei medicinali oggetto di valutazione (acquisti diretti) o al pezzo al pubblico (convenzionata)	4
				3	Flussi informativi dispositivi medici Rapporto tra i dati di consumo aziendale dei dispositivi medici (escluse la CND Z – ad eccezione della Z13 – e la CND W – Dispositivi medico diagnostici in vitro) e i costi rilevati dal modello di conto economico. I dati riguardano i dispositivi medici (B.1.A.3.1) e i dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2)	3
5	Area Digitalizzazione del SSR	5.1	Sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico e i Servizi on line	1	Conferire nel FSE, in attuazione alla D.D. 385/2019, i seguenti documenti prioritari: • Lettere di dimissione ospedaliera (LDO) • Verbali di Pronto soccorso (VPS) • Referti di anatomia patologica (AP) • Referti di radiologia (RIS) e relative immagini, per i quali è prevista altresì l'adesione alla piattaforma ROL e l'integrazione dei sistemi PACS	5

				2	Informare e Promuovere l'utilizzo dei servizi digitali realizzati al fine di perseguire i seguenti obiettivi di governo regionale: a) ritiro referti di laboratorio attraverso il sistema telematico regionale utilizzato per almeno il 20% dei cittadini che hanno effettuato presso la struttura pubblica un esame di laboratorio nel periodo da luglio – dicembre 2020	3
				3	Avviare entro il 15 dicembre 2020 il sistema regionale omogeneo di gestione delle agende e delle prenotazioni sanitarie (Gara 63/2015)	2
TOTALE						100

Agli obiettivi analiticamente elencati nella tabella qui riportata si deve poi aggiungere, con carattere di “lateralità” rispetto al sistema obiettivi complessivamente considerato, lo specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento. La valutazione dell’obiettivo in questione inciderà fino ad un massimo del 30%.

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 2020.2022 – Aggiornamento anno 2020.

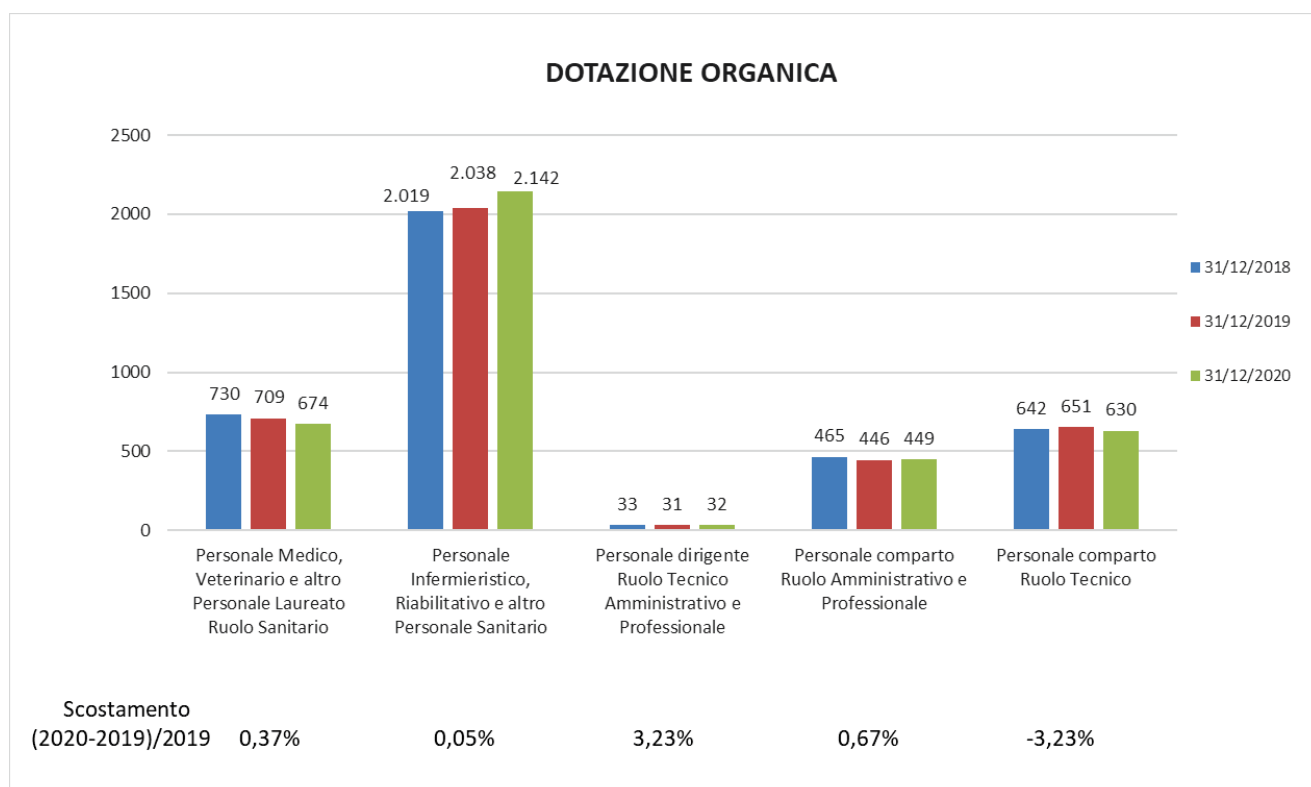
2.2 L’Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti

2.2.1 Il personale

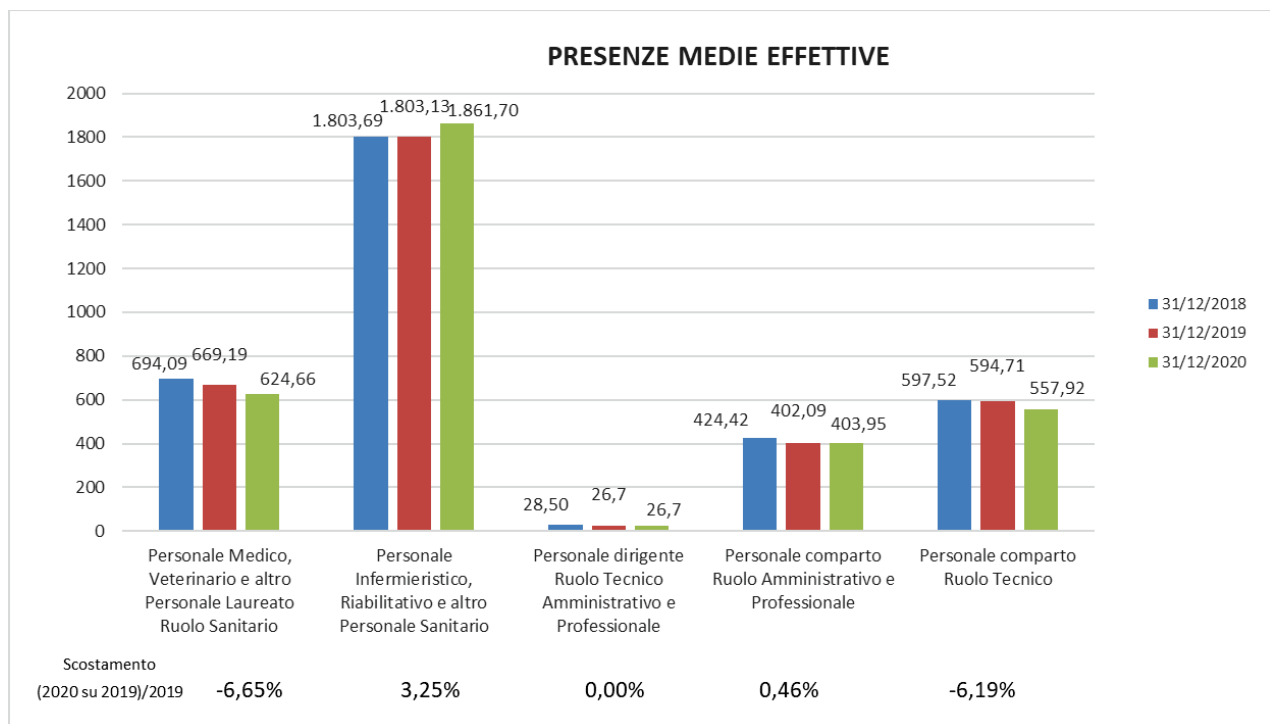
Il personale dipendente è una risorsa essenziale per il funzionamento dell’ASL CN1 e rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini. È suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

DOTAZIONE ORGANICA	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	730	709	674

PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	2.019	2.038	2.142
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	33	31	32
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	465	446	449
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	642	651	630
TOTALE AZIENDA	3.889	3.875	3.927



PRESENZE MEDIE EFFETTIVE	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	694,09	669,19	624,66
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	1.803,69	1.803,13	1.861,70
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	28,50	26,70	26,70
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	424,42	402,09	403,95
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	597,52	594,71	557,92
TOTALE	3.548,22	3.495,82	3.474,93

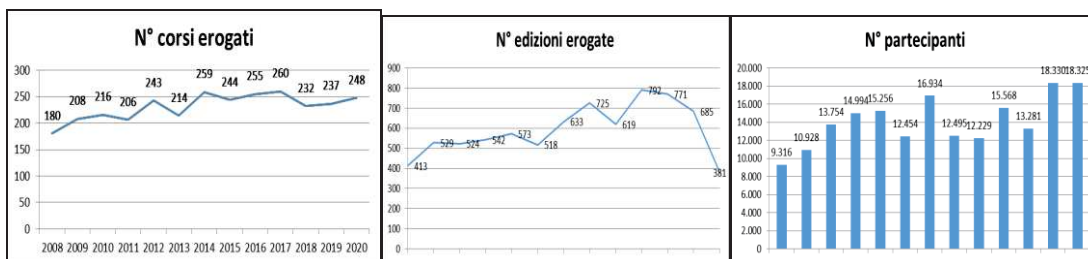


La formazione del personale dipendente

Per quanto attiene la formazione in sede, nel corso dell'anno 2020, è possibile formulare le seguenti considerazioni:

- a fronte di 255 corsi progettati, ne sono stati erogati 205 di cui 90 residenziali, 9 formazioni sul campo, 17 corsi FAD, 2 corsi Blended e 87 corsi non accreditati per un totale di 381 edizioni e n. 18.325 partecipazioni;
- sono stati rilasciati n° 9.2555 attestati con Crediti ECM e n° 2.629 attestati di partecipazione non ECM per un totale di n° 12.184;
- il numero costante dei partecipanti effettivi è da attribuire all'incremento dell'utilizzo della metodologia FAD che permette di raggiungere un numero maggiore di discenti e in tempo di COVID ha consentito di rispettare il distanziamento e le misure di protezione individuate:

	Triennio formativo aa 2008-2010			Triennio formativo aa 2011-2013			Triennio formativo aa 2014-2016			Triennio formativo aa 2017-2019			Triennio aa 2020-2022
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
N° corsi	180	208	216	206	243	214	259	244	255	260	232	237	205
N° edizioni	413	529	524	542	573	518	633	725	619	792	771	685	381
N° partecipanti effettivi	9.316	10.928	13.754	14.994	15.256	12.454	16.934	12.495	12.229	13.843	13.281	18.330	18.325



- facendo riferimento al dettaglio dei corsi di cui all'Allegato A della Deliberazione n. 163/2021 e raggruppando i corsi sulla base degli ambiti e obiettivi indicati nella Delibera di programmazione n. 121/2020 è possibile sintetizzare i dati come indicato nella tabella seguente:

OBIETTIVI DI PROCESSO

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE	OBIETTIVO REGIONALE	N° corsi svolti
A COMUNICAZIONE E RELAZIONE	7 La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato	1 area comunicazione e relazione	4
		6 area giuridico - normativa	--
	8 Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale	1 area comunicazione e relazione	--
		7 area gestionale e manageriale	--
	12 Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	1 area comunicazione e relazione	6
B SVILUPPO ORGANIZZATIVO E QUALITA'	3 Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura	2 area cure primarie e cure domiciliari	--
		3 area salute mentale	--
		11 area specialità chirurgiche	2
		12 area specialità mediche	1
		13 area oncologica	--
	15 area diagnostica	--	
	4 Appropriatelyzza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA)	7 area gestionale manageriale	--
11 Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (Vedi Nota 1)	7 area gestionale e manageriale	4	
14 Accreditemento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizioni di nozioni di processo. (Vedi Nota 2)	8 area qualità e risk management	--	
D RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	9 Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera	2 area cure primarie e cure domiciliari	1
		3 area salute mentale	--
	15 Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti	22 area salute immigrati	1
	30 Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni di processo	19 area prevenzione e promozione della salute	1

OBIETTIVI DI SISTEMA

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE	OBIETTIVO REGIONALE	N° corsi svolti
B SVILUPPO ORGANIZZATIVO E QUALITA'	5 Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie	7 area gestionale e manageriale	1
	17 Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisi	6 area giuridico - normativa	5
		17 area informatica e lingue straniere	1
C RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	6 Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	6 area giuridico - normativa	--
		8 area qualità e risk management	--
D PREVENZIONE, CURE PRIMARIE E SALUTE MENTALE	31 Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema	19 area prevenzione e promozione della salute	--

OBIETTIVI TECNICO PROFESSIONALI

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE	OBIETTIVO REGIONALE	N° corsi svolti
B SVILUPPO ORGANIZZATIVO E QUALITA'	34 Accreditemento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	8 area qualità e risk management	--
	37 Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione	9 area metodologica	--
		19 area prevenzione e promozione della salute	--
C RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	20 Tematiche speciali del SSN e/o SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e dalle Regioni/Province Autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecniche	12 area specialità mediche	21
		20 area igiene - sanità pubblica e veterinaria	182
	27 Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	21 area sicurezza ambienti di vita e luoghi di lavoro	57
	29 Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment	8 area qualità e risk management	--
	35 Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con ac	6 area giuridico - normativa	--
D	10 Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	19 area prevenzione e promozione della salute	--

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE	OBIETTIVO REGIONALE	N° corsi svolti
PREVENZIONE, CURE PRIMARIE E SALUTE MENTALE	22 Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcol e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali.	2 area cure primarie e cure domiciliari	2
		3 area salute mentale	13
		4 area materno infantile e dell'adolescenza	--
		5 area delle dipendenze	1
		24 area socio-sanitaria	1
	23 Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate	20 area igiene - sanità pubblica e veterinaria	--
	24 Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	20 area igiene - sanità pubblica e veterinaria	1
	25 Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza	16 area farmaceutica e tossicologica	--
	26 Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate	20 area igiene - sanità pubblica e veterinaria	--
		21 area sicurezza ambienti di vita e luoghi di lavoro	--
E EMERGENZA URGENZA	18 Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	18 area emergenza ed urgenza	48
F MEDICO, CHIRURGICO E RIABILITATIVO	18 Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	2 area cure primarie e cure domiciliari	3
		3 area salute mentale	--
		4 area materno infantile e dell'adolescenza	3
		11 area specialità chirurgiche	--
		12 area specialità mediche	14
		14 area interdisciplinare medico-chirurgica	1
		15 area diagnostica	--
		28 area riabilitazione	5
	29 area salute e medicina di genere	--	
	21 Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione	4 area materno infantile e dell'adolescenza	--
		12 area specialità mediche	--
27 area attività /interventi complementari all'assistenza		--	

- estrapolando i dati relativi alla soddisfazione dei partecipanti dal Portale per la Formazione in Sanità della Regione Piemonte, la maggior parte dei discenti conosce gli obiettivi del corso al momento di entrare in aula; i partecipanti ritengono molto pertinenti gli obiettivi didattici rispetto al corso seguito; viene rispettato quanto indicato nel programma previsto e la durata dei corsi risulta molto adeguata rispetto agli argomenti trattati; la qualità dei supporti organizzativi e tecnici utilizzati negli eventi risulta molto buona; le tecniche e i metodi didattici ed in generale l'iniziativa formativa risultano molto efficaci;
- il gradimento dei corsi viene rilevato tramite questionario regionale anonimo composto da 8 domande: la domanda n° 1 richiede se sono noti gli obiettivi del corso al momento di entrare in

aula; le domande dalla 2 alla 8 prevedono la possibilità di scegliere tra 4 risposte possibili (N = niente; P = poco; M = molto; C = completamente); la domanda n° 8 indaga sull'appropriatezza del corso all'interno del programma di sviluppo personale del singolo partecipante e prevede la possibilità di esprimere un giudizio da 0 a 10.

- dall'analisi delle risposte alle domande n° 7 e n° 8, comparate con i risultati degli anni precedenti, emergono i seguenti dati:

GRADIMENTO CORSO		anno 2008	anno 2009	anno 2010	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016	anno 2017	anno 2018	anno 2019	anno 2020
7) Come valuta l'efficacia formativa dell'iniziativa formativa?	N	0,24%	0,43%	0,42%	0,33%	0,42%	0,38%	0,43%	0,44%	0,48%	0,29%	0,22%	0,20%	0,0%
	P	3,68%	4,72%	4,74%	3,70%	3,61%	4,32%	3,74%	3,84%	3,17%	3,33%	3,28%	3,80%	1,44%
	M	57,15%	54,50%	54,95%	52,39%	48,29%	47,39%	46,16%	45,98%	45,03%	43,59%	42,34%	54,44%	80,93%
	C	38,93%	40,35%	39,89%	43,58%	47,67%	47,90%	49,67%	49,74%	51,33%	52,79%	54,15%	41,56%	17,63%
8) Come valuta l'inserimento di questo evento nel suo programma di sviluppo professionale?	media	8,42	8,45	8,48	8,60	8,72	8,68	8,78	8,54	8,67	8,80	9,02	8,71	8,76

N = niente; P = poco; M = molto; C = completamente

- dall'analisi dei dati relativi alla valutazione dei docenti, scelti per le attività formative, i partecipanti tramite questionario regionale anonimo hanno espresso il proprio gradimento (parametrato da 1 a 4 dove 1 corrisponde a Poco e 4 a Molto) che si sintetizza nella seguente tabella:

GRADIMENTO DOCENTI	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ha impartito lezioni chiare?	3,58	3,62	3,68	3,74	3,75	3,77	3,80	3,78	3,80	3,81	3,85	3,76	3,43
Ha utilizzato una metodologia di lavoro efficace?	3,55	3,60	3,64	3,71	3,72	3,74	3,78	3,75	3,78	3,78	3,82	3,72	3,43
Ha risposto esaurientemente alle richieste di chiarimento?	3,60	3,63	3,67	3,73	3,74	3,77	3,80	3,78	3,80	3,81	3,84	3,79	3,44
Ha garantito la sua disponibilità alle esigenze dei partecipanti?	3,63	3,65	3,70	3,76	3,77	3,78	3,82	3,79	3,81	3,81	3,85	3,79	3,44
Ha creato un clima di lavoro sereno e coinvolgente?	3,67	3,65	3,70	3,75	3,76	3,78	3,81	3,79	3,80	3,81	3,85	3,79	3,43
Media	3,61	3,63	3,68	3,74	3,75	3,77	3,80	3,78	3,80	3,80	3,84	3,77	3,43

Considerato che, per quanto attiene la formazione fuori sede, nel corso dell'anno 2020 sono state autorizzate le attività come descritto nell'Allegato B della citata Deliberazione n. 163/2021;

Considerato che la Legge n.77 del 17/7/2020 "Testo coordinato Misure urgenti connesse all'emergenza COVID-19" Art. 5 bis, a completamento e parziale rettifica della legge Legge n. 41/2020 (conversione del decreto legge scuola) ha riconosciuto come già maturati i 50 crediti per tutti i Professionisti Sanitari che durante l'emergenza COVID-19 abbiano continuato a svolgere la propria attività, si è comunque garantito il raggiungimento medio di crediti per Area contrattuale come previsto dai CCNLL vigenti e sintetizzato nella tabella seguente:

AREA CONTRATTUALE	Totale Personale	Personale Partecipante	Part. Corsi in sede	Crediti	Part. Prov. Piemonte	Crediti	Part. Fuori Sede	Crediti	Part. Aut.	Crediti Aut.	Media Crediti
DIRIGENZA MEDICA	702	616	1.988	8.997	158	2.132	1.192	15.239	48	459	38,22
DIRIGENZA SP	67	65	297	1.457	19	262	86	1.082	0	0	41,81
DIRIGENZA TA	36	27	50		5		5				
COMPARTO SANITARIO	2.252	2.061	6.646	37.141	167	2.373	3.091	44.348	57	792	37,59
COMPARTO NON SANITARIO	1.170	994	2.130	0	11	0	24	0	3	8	
TOTALE	4.227	3.763	11.111	47.595	360	4.767	4.398	60.669	108	1.259	27,04
CONVENZIONATO	740	318	779	4.788	38	421	287	3.445	19	253	12,04
TOTALE	740	318	779	4.788	38	421	287	3.445	19	253	12,04

2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti

Il Presidio Ospedaliero

PREMESSA

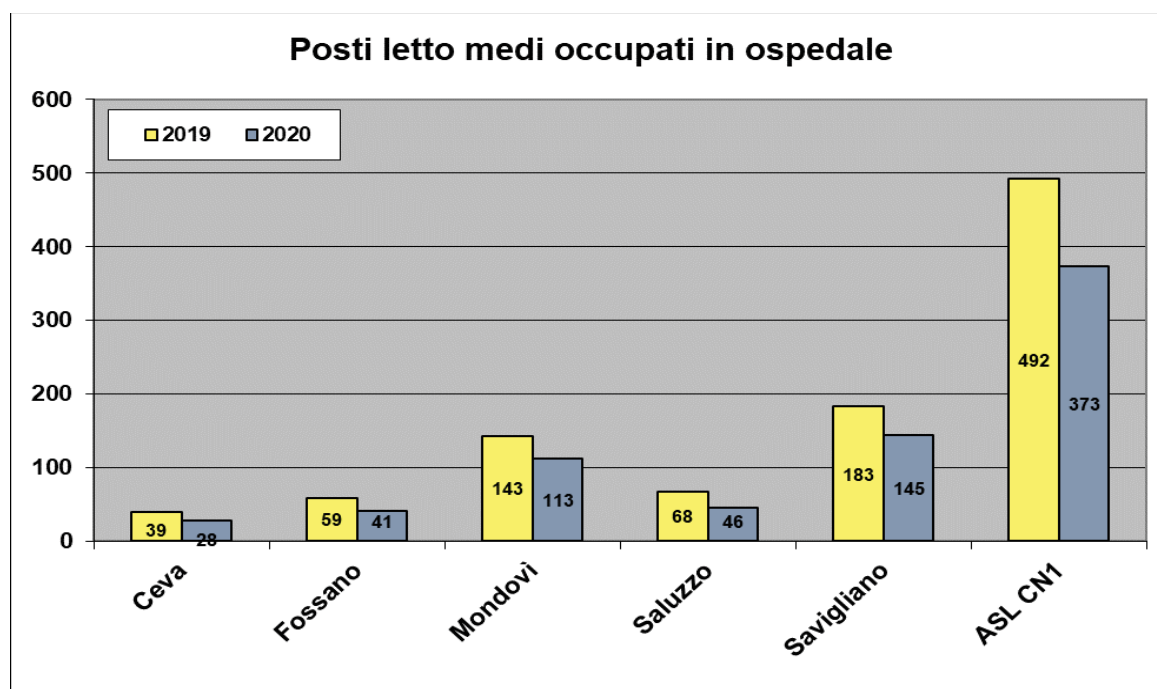
Nei paragrafi seguenti sono riportati i grafici e le tabelle relativi all'attività sanitaria dell'ASL CN1, il fabbisogno espresso dai suoi residenti e le componenti di mobilità attiva e passiva riguardanti gli anni 2019 e 2020. Come di consueto, i due anni considerati sono stati rappresentati in forma di confronto, ma a differenza del passato in questa occasione è indispensabile fornire alcune preliminari informazioni per consentire una corretta chiave di lettura dei dati esposti.

Si segnala infatti che in questa occasione i due periodi non risultano paragonabili, pertanto i dati non potranno essere accompagnati da commenti analitici specifici, i quali si sostanziano, per tutte le tipologie di attività, in quanto contenuto in questa premessa. Il motivo, come noto a tutti, è che dalla fine di febbraio 2020, in ottemperanza alle direttive nazionali e regionali, l'emergenza coronavirus ha comportato una completa riorganizzazione del Servizio Sanitario e la temporanea, ma ripetuta,

sospensione di tutte le attività non urgenti sia per quanto riguarda il ricovero sia per la specialistica ambulatoriale. Il conseguente forte calo di attività ordinaria, solo in minima parte compensato dall'erogazione di ricoveri per pazienti COVID, risulta quindi evidente tanto per la produzione dell'ASL CN1 che per la mobilità passiva.

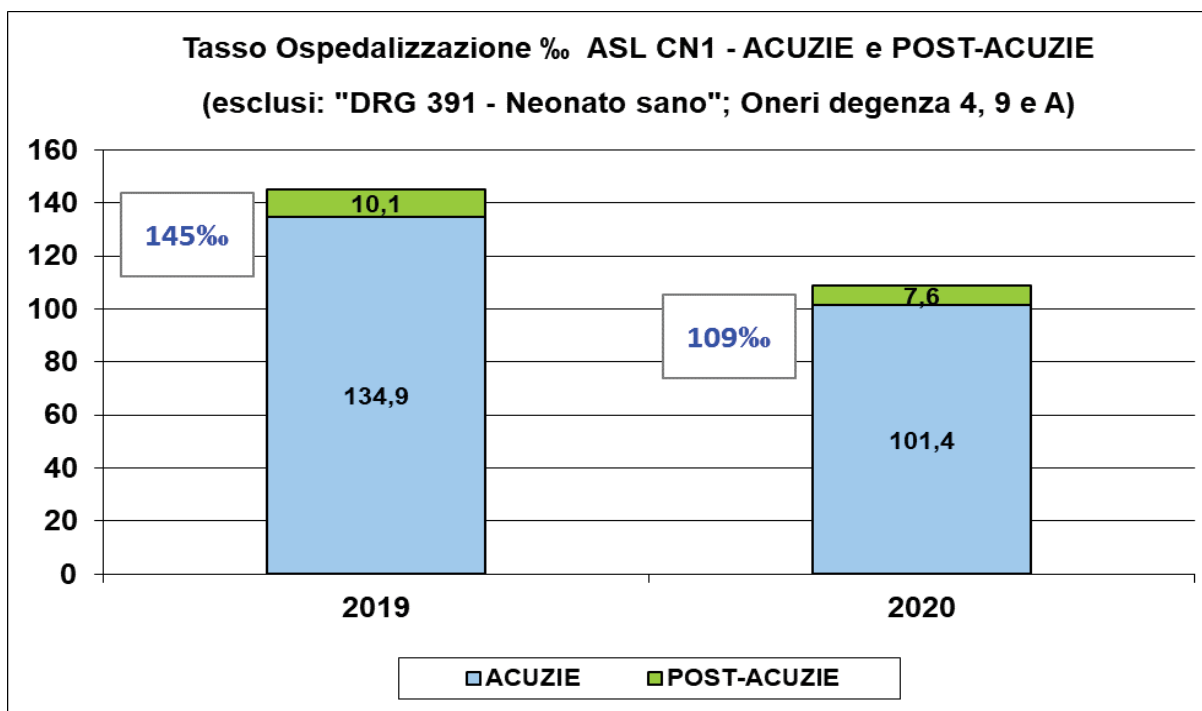
Posti letto

Nel grafico sottostante è dettagliata l'occupazione media giornaliera dei posti letto ospedalieri nel biennio 2019-2020:

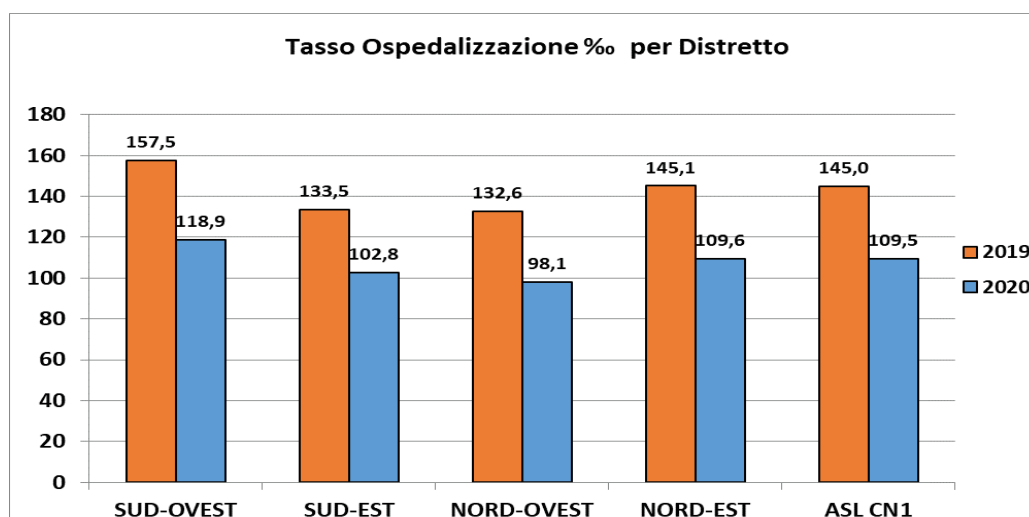


Tasso di Ospedalizzazione

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 2019, in quanto l'ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per macro-area di ricovero e nel secondo per Distretto.

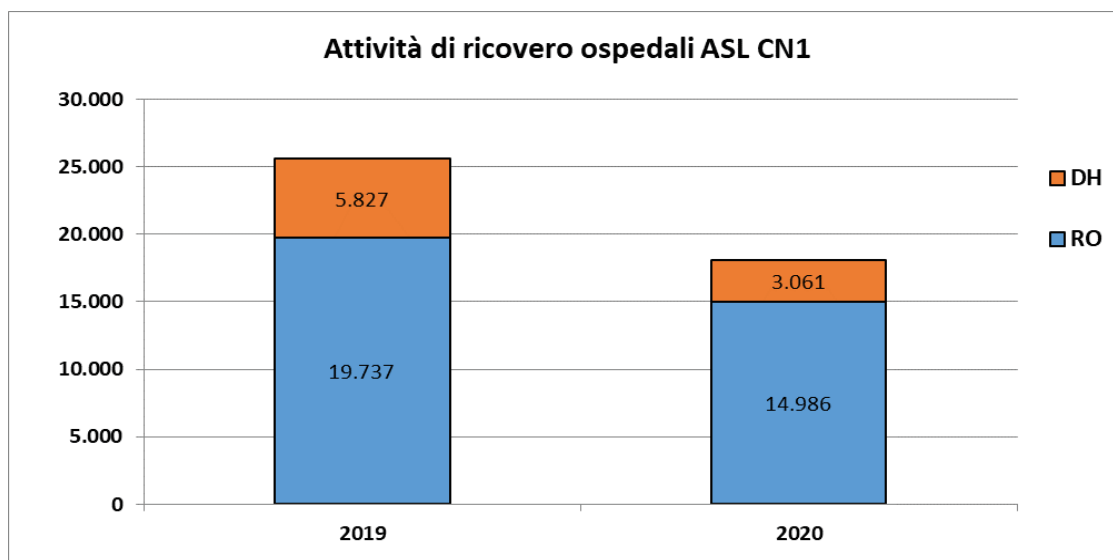


Oltre alla consistente e diffusa riduzione del tasso di ospedalizzazione, di cui si è già data spiegazione nella premessa, si segnala, come già in passato, una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale, con il tasso più elevato nel Sud-Ovest e più basso nel Sud-Est e Nord-Ovest.



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 2019 e 2020.



Produzione ricoveri 2019-2020 (CASI)

OSPEDALE	2019			2020			2020 vs. 2019	
	R.O.	D.H.	TOT.	R.O.	D.H.	TOT.	N°	%
Area NORD	12.037	3.618	15.655	8.983	1.818	10.801	-4.854	-31,0%
Area SUD	7.700	2.209	9.909	6.003	1.243	7.246	-2.663	-26,9%
TOTALE	19.737	5.827	25.564	14.986	3.061	18.047	-7.517	-29,4%

Produzione ricoveri 2019-2020 (VALORE)

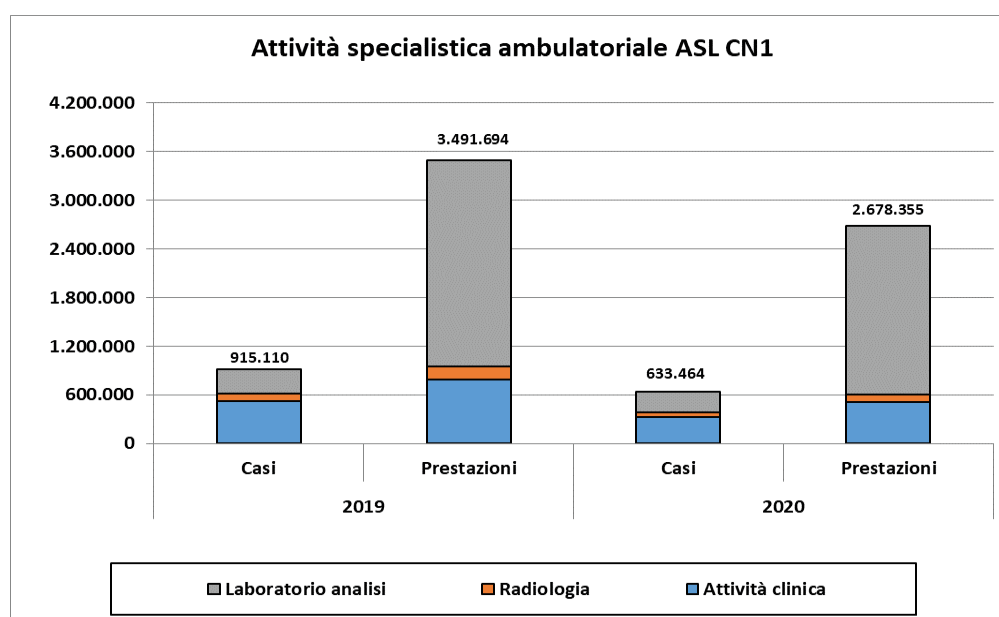
OSPEDALE	2019			2020			2020 vs. 2019	
	R.O.	D.H.	TOT.	R.O.	D.H.	TOT.	Valore	%
Area NORD	43.339.021	4.562.828	47.901.849	34.780.740	2.140.116	36.920.856	-10.980.993	-22,9%
Area SUD	28.127.190	2.801.871	30.929.061	22.376.310	1.519.569	23.895.879	-7.033.182	-22,7%
TOTALE	71.466.211	7.364.699	78.830.909	57.157.050	3.659.685	60.816.735	-18.014.174	-22,9%

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2020 (CASI)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2020	2020 vs. 2019	
				N°	%
Mobilità Attiva	Area NORD	2.566	1.978	-588	-22,9%
	Area SUD	586	352	-234	-39,9%
	TOTALE	3.152	2.330	-822	-26,1%
Mobilità Passiva	ASO Cuneo	28.221	21.201	-7.020	-24,9%
	Altro	10.388	8.548	-1.840	-17,7%
	TOTALE	38.609	29.749	-8.860	-22,9%

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2020 (VALORE)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2020	2020 vs. 2019	
				N°	%
Mobilità Attiva	Area NORD	7.522.231	6.457.865	-1.064.366	-14,1%
	Area SUD	1.983.625	1.217.816	-765.810	-38,6%
	TOTALE	9.505.856	7.675.681	-1.830.176	-19,3%
Mobilità Passiva	ASO Cuneo	98.392.553	79.601.592	-18.790.961	-19,1%
	Altro	39.928.765	35.507.142	-4.421.623	-11,1%
	TOTALE	138.321.318	115.108.734	-23.212.584	-16,8%



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

Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2019-2020

TIPO MOBILITA'	2019		2020		2020 vs. 2019			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
Intraregionale	134.801	2.506.651	100.908	1.371.225	-33.893	-25,1%	-1.135.425	-45,3%
Extra-regionale	87.179	1.328.491	42.909	676.982	-44.270	-50,8%	-651.508	-49,0%
TOTALE	221.980	3.835.141	143.817	2.048.208	-78.163	-35,2%	-1.786.934	-46,6%

Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2019-2020

EROGATORE	2019		2020		2020 vs. 2019			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
ASO Cuneo	1.573.706	32.792.244	1.230.892	28.145.590	-342.814	-21,8%	-4.646.655	-14,2%
Altro	311.465	7.713.110	266.452	6.684.950	-45.013	-14,5%	-1.028.161	-13,3%
TOTALE	1.885.171	40.505.355	1.497.344	34.830.539	-387.827	-20,6%	-5.674.815	-14,0%

Accessi Pronto Soccorso 2019-2020 (produzione ASL CN1)

CODICE COLORE	2019	2020	2020 vs. 2019
Bianco	10.435	2.446	-7.989
Verde	85.936	51.626	-34.310
Giallo	9.969	7.204	-2.765
Rosso	781	725	-56
Totale	107.121	62.001	-45.120

La riduzione del numero di accessi, nel complesso molto consistente, come prevedibile, risulta molto

più marcata nelle casistiche di minore complessità (codici bianchi e verdi).

Si segnala inoltre che nel corso del 2020, in ottemperanza a specifiche disposizioni regionali, sono state a lungo chiuse (e lo sono tuttora), le sedi di Pronto Soccorso degli ospedali di Ceva e Saluzzo, rimanendo quindi permanentemente attive solo le sedi DEA degli ospedali di Mondovì e Savigliano.

Attività distrettuale

L'attività, descritta nelle tabelle seguenti, si riferisce alla residenzialità e semi residenzialità per anziani (con riferimento anche all'Ospedale di Comunità), per disabili e alla gestione dell'assistenza domiciliare (accessi e presa in carico dei pazienti) erogata nell'ambito dei quattro Distretti dell'ASL CN1.

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI									
DISTRETTO	POSTI LETTO OCCUPATI			GIORNATE DI DEGENZA			POSTI LETTO MEDI OCCUPATI		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
SUD OVEST	146	147	157	51.357	55.799	55.184	141	153	151
SUD EST	63	60	63	21.184	21.869	22.066	58	60	60
NORD OVEST	43	44	45	15.627	15.910	16.751	43	44	46
NORD EST	86	91	95	31.275	31.651	34.116	86	87	93
	338	342	360	119.443	125.229	128.117	327	343	350

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI			
ISTRETTO	GIORNATE DI DEGENZA		
	2018	2019	2020
SUD OVEST	43.995	41.602	42.694
D EST	12.685	13.565	12.362
NORD OVEST	10.947	10.828	10.585
NORD EST	16.685	17.173	17.605
	84.312	83.168	83.246

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI									
DISTRETTO	POSTI LETTO OCCUPATI			GIORNATE DI DEGENZA			POSTI LETTO MEDI OCCUPATI		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
SUD OVEST	483	480	469	182.581	171.898	169.227	500	471	462
SUD EST	327	297	258	119.626	107.695	99.565	328	295	272
NORD OVEST	300	303	274	109.427	106.145	109.050	300	291	298
NORD EST	288	286	269	99.932	99.934	99.433	274	274	272
	1.398	1.366	1.270	511.566	485.672	477.275	1.402	1.331	1.304

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI			
DISTRETTO	GIORNATE DI DEGENZA		
	2018	2019	2020
SUD OVEST	1.988	1.653	1.295
SUD EST	0	0	30
NORD OVEST	3.505	2.837	500
NORD EST	385	476	135
	5.878	4.966	1.960

ATTIVITA' ALTA VALENZA SANITARIA			
CAVS	GIORNATE DI DEGENZA		
	2018	2019	2020
MONTESERRAT (Borgo e Caraglio)	34.277	35.512	22.675
Robilante			
Ospedali di Ceva, Mondovì e Saluzzo			
	34.277	35.512	22.675

OSPEDALE DI COMUNITA' DI DEMONTE (n. giornate di degenza)			
Distretto			
	2018	2019	2020
Sud Ovest	3.352	3.648	3.021

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.

Si forniscono al riguardo i seguenti dati di attività:

Casi presi in carico	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
ADI+UOCP	371	364	277
ADI	1.087	1.039	2.060
ADP	2.056	1.863	1.628
SID	7.873	7.399	7.613
SRD	84	296	29
	11.471	19.961	11.607

Accessi	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
ADI+UOCP	8.100	8.639	5.880
Fisioterapista	69	122	18
Infermiere	4.314	3.227	2.917
Infermiere U.O.C.P.	3.717	5.290	2.945
ADI	35.065	30.107	31.803
Fisioterapista	419	304	351
Infermiere	34.643	29.803	31.452
Infermiere U.O.C.P.	3	0	0
ADP	10.753	10.686	7.251
Fisioterapista	157	220	73
Infermiere	10.596	10.466	7.178
SID	107.634	104.500	99.855
Fisioterapista	1.931	1.188	622
Infermiere	105.703	103.312	99.233
Infermiere U.O.C.P.	0	0	0
SRD	456	1.832	153
Fisioterapista	414	1.567	111
Infermiere	42	265	42
	162.008	155.764	144.942

Dati di attività relativi alle Cure Domiciliari

Utenti >=65 aa. in carico 2018-2020

DISTRETTO	Mono-professionale			Multi-professionale			Totale		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
SUD OVEST	672	497	431	2.630	2.694	3.244	3.302	3.191	3.675
SUD EST	504	396	430	2.063	1.998	2.535	2.567	2.394	2.965
NORD OVEST	266	209	460	1.975	1.874	2.184	2.241	2.083	2.644
NORD EST	336	262	848	1.776	1.845	2.075	2.112	2.107	2.923
Totale ASL CN1	1.778	1.364	2.169	8.444	8.411	10.038	10.222	9.775	12.207

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. 3	Ambulatori decentrati	Busca, Borgo S. Dalmazzo e Caraglio

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 2018	Anno 2019	Anno 2020
Utenti in carico	7.032	7.055	5.966
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	49.346	48.433	34.035
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	34.054	35.090	36.520
Borse lavoro (n. utenti)	231	240	174
Assegni terapeutici (n. utenti)	195	261	184

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) del D.S.M. sono ubicati nel contesto dei Presidi

Ospedalieri. 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.

Gli SPDC del D.S.M.	N. posti letto	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	456	609	521
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	379	365	291
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	407	439	284
Totale	48 pl	1.242	1.413	1.096

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

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 addittivi, 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. rilevati da HTH divisi per programma ambulatoriale e per programma in carcere. La seconda tabella presenta i dati globali delle prestazioni erogate a livello ambulatoriale, mentre la terza mette in evidenza il numero di giornate per inserimenti residenziali.

Utenti in carico DPD	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Note

Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti	2.109	2.246	1.612	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti in carcere	350	173	119	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERD in carcere
Totale	2.459	2.419	1.731	

Prestazioni ambulatoriali	Sanitarie (visite mediche)	Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)	Totali
Anno 2020	Dati HTH globali visite mediche: 13.112	Dati HTH: prestazioni psicologiche individuali: 2.651 prestazioni di gruppo: 302 somministrazione test: 20 prestazioni del Comparto: 9.510	25.595
Anno 2019	Dati HTH globali visite mediche: 17.851	Dati HTH: prestazioni psicologiche individuali: 4.894 prestazioni di gruppo: 674 somministrazione test: 75 prestazioni del Comparto: 11.783	35.277
Anno 2018	Dati HTH globali visite mediche: 17.440 ReportWeb10- visite mediche: 20.127	Dati HTH: prestazioni psicologiche individuali: 4.793 prestazioni di gruppo: 528 somministrazione test: 62 prestazioni del Comparto: 12.009 ReporWeb10: prestazioni non sanitarie: 16.019	HTH: 34.832 Report Web: 36.146

N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta	Strutture accreditate per le dipendenze	Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)
Anno 2018	17.168	2.089
Anno 2019	17.142	2.279
Anno 2020	16.819	2.477

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 ANNO 2020 e primo trimestre 2021 (gestiti direttamente dal servizio)

Nome progetto	Target	Tipo di intervento	Numeri	Sede degli interventi
UNPLUGGED	Insegnanti	Formativo (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...)	1 corso di formazione per 24 insegnanti	Tutta l'ASL
UNPLUGGED	Studenti Scuola media inferiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	Coinvolte 3 classi terza media e 3 classi seconda media	Scuole del Cebano e del Saluzzese
Cantiere adolescenti (in collaborazione con DSM, consultorio, NPI)	Adolescenti	Intervento di aggancio precoce, valutazione, supporto e consulenza inter-servizi e per servizi extra-asl.	Incontri a cadenza mensile nelle diverse sedi	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	A.S. 2019-2020 35 classi-740 studenti (in presenza) A. S. 2020-2021 (In itinere - in Remoto)	Distretto di Savigliano – Fossano
Che ne s' AIDS	Studenti quarta superiore	Informativo sui rischi da malattie infettive, in modo particolare la patologia da HIV	A.S. 2019-2020 44 classi-895 studenti (in presenza) A. S. 2020-2021 (non effettuato causa Covid)	Distretto di Savigliano – Fossano e Saluzzo.
A tuo rischio e piacere	Studenti terza superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education	A.S. 2019-2020 23 classi-575 studenti (in presenza) A. S. 2020-2021 (non effettuato causa Covid)	Distretto di Saluzzo
INSIDE OUT	Adolescenti e giovani	Informativo, preventivo.	non effettuato causa Covid	Tutto il territorio dell'ASL CN1
#DACHEDIPENDE	Studenti Terza superiore	Informativo e percezione del rischio	A. S. 2020-2021 (non effettuato causa Covid)	Comune di Mondovì

PROGETTI A CUI IL SERT COLLABORA

Nome del progetto	Ente gestore	Attività del progetto	Tipo di progetto/ fondi	Modalità di collaborazione
CONSAPEVOLMENTE	Comune di Mondovì	EDUCATIVO (educazione ad un comportamento, stile di vita tramite attività didattico-educative a scuola, educazione terapeutica o counselling nel setting sanitario, peer education...)	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 rifinanziato dalla CRC.	Partner
DIARI DELLA SALUTE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Formativo per insegnanti (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...)	1 corso di formazione per 20 insegnanti SCUOLA MEDIA INFERIORE	Partner
DIARI DELLA SALUTE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Potenziamento abilità, life skills, attività educative nella Scuola Media Inferiore		Partner

Dipartimento di prevenzione

AREA A - Sanità Animale Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
BOVINI	450.419	404.310	381.427
SUINI	95.386	88.534	80.200
AVICOLI	817.356	835.730	843.025
EQUINI	1.396	1.258	1.450
OVI-CAPRINI	11.016	11.766	9.075
SELVATICI	579	952	426
SELVAGGINA	0	0	0
ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI	4.368	4.099	3.610

AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
BOVINI	237.013	250.841	245.351
SUINI	242.903	257.584	270.340
OVICAPRINI	22.451	25.028	24.984
AVICUNICOLI	11.490.601	11.727.416	10.388.942
EQUINI	50	37	30
CINGHIALI	0	24	18

AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

ATTIVITA'	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Ispezioni (presso stabilimenti ed allevamenti)	3.539	2.789	2.612
Audit (presso attività produttive, presso allevamenti/stabilimenti)	52	38	24
Campionamento (numero campioni in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte)	1.365	1.458	1.308

Atti Amministrativi (certificati per export di merci, vidimazione registri, istruttorie riconoscimenti/registrazioni, diritti veterinari emessi)	4.543	4.797	5.304
Pareri (pratiche ambientali/pratiche sportello)	95	61	8

SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione
Dati di attività 2018- 2019 - 2020

ATTIVITA'	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Ispezioni (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) Campionamenti (alimenti e acque minerali – acque potabili) *a partire dal 2020 questa voce NON è stata conteggiata in quanto già presente nell’elenco attività	1.669	1.354	904*
Audit (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)	11	15	9
Campionamento (alimenti - acque minerali - acque potabili)	1.744	2.232	1.930
Atti Amministrativi (certificati esportazione, notifiche temporanee, nr. istruttorie riconoscimenti/registrazioni)	4.156	4.113	2.307
Promozione salute (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione):			
ore dedicate	236	241	39
nr. soggetti raggiunti	2.961	2.908	519
Nutrizione (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale)			
nr. soggetti raggiunti	587	597	0
pareri, sopralluoghi, riunioni	1.314	1.177	680
ore dedicate	47	33	23
Altre Autorizzazioni (pareri pratiche ambientali e da SUAP)	115	119	92

SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro
Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020 (proiezione al 31.12.2020)
Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo	1.300	1.295	828
Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08)	3.747	4.158	2.794
Infortunati registrati	3.672	3.550	685

Inchieste infortuni concluse	60	43	24
Malattie professionali pervenute	133	115	56
Malattie professionali indagate	107	113	72
Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente	9	8	13
Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08	515	464	394

SISP – Igiene e Sanità Pubblica
Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

ATTIVITA'	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti –progetti edilizi – richieste agibilità/abitabilità e rilascio pareri di competenza	440	548	536
Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate)	268	296	255
Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo	1.476	1.518	515
Nr attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi	533	372	310
Nr attività finalizzate ad autorizzazione o controlli di altri edifici	463	612	408
Nr attività finalizzate a controllo in ambiente esterno e altri controlli	542	591	372
Nr partecipazione a commissioni	1.124	951	155
Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti	40	54	73
Nr attività di polizia mortuaria	5.645	5.793	5.400
Nr. controlli malattie infettive	3.472	3.287	3.807 *
Nr. persone a cui è stato fornito counselling per medicina viaggi	2.532	2.568	422
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate			
Nr. vaccinazioni gestite	97.991	91.334	74.285
Nr vaccinazioni eseguite dal SISP	90.072	84.026	69.253
Gestione campagna vaccinazione antinfluenzale			
Nr. vaccinazioni gestite	70.000	70.000	846
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	510	615	846

*Oltre ai nr. 3.807 controlli per malattie infettive sono stati effettuate nr. 40.864 operazioni di tracciamento e sorveglianza per Coronavirus.

Medicina dello Sport
Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

ATTIVITA'	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Visite Mediche	5.617	5.297	1.797
ECG a riposo e da sforzo	5.702	5.290	1.807
Esame Urine	5.521	4.766	1.629
Spirometria	5.617	5.196	1.797
Certificazioni di idoneità/non idoneità	5.714	5.331	1.824

Medicina Legale
Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

ATTIVITA'	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Patenti e Certificazioni	10.596	11.116	8.013
Porto d'Armi	1.615	845	541
Idoneità per il lavoro	2.054	1.819	2.055
Stati invalidanti	13.351	13.801	7.102
Certificazioni	1.336	212	83
Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti	38	30	16
Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni	475	470	446
Medicina necroscopica	4.827	4.742	6.542
Gestione del rischio clinico (Risk management) Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce	54	62	56

P.M.P.P.V
Dati di attività 2018 – 2019 – 2020

ATTIVITA'	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Interventi (disinfezione/disinfestazione, su animali vivi, su spoglie animali, di vigilanza, per apposizione marchi auricolari, per gestione emergenze, per sopralluoghi, per allerte	2.323	2.527	1.948

alimentari, per trasporti, nr ingressi in stalla per prove diagnostiche)				
Interventi in reperibilità		181	1.129	177
Attività specifiche:	Nr. marchi auricolari duplicati	17.926	16.975	9.916
	Ore di collaborazione	489	308	189
Promozione della salute (ore dedicate ad educazione sanitaria)		0	0	0

SCREENING DI PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCREENING ONCOLOGICO "PREVENZIONE SERENA"				
PROGRAMMA N. 4				
TEST	INDICATORI	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Mammografia	n. inviti alla popolazione	51.878	53.185	34.503
	n. test effettuati	35.121	39.129	19.916
	% adesione al test (spontanee + lettera)	67,7	73,6	57,7
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.817	1.928	1.345
Pap-test/HPV	n. inviti alla popolazione	53.095	43.122	30.353
	n. test effettuati	27.904	25.687	12.904
	% adesione al test (spontanee + lettera)	52,6	59,6	42,5
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	2.953	3.083	3.457
Rettosigmoidoscopia	n. inviti alla popolazione	10.324	9.691	4.200
	n. test effettuati	3.144	3.204	988
	% adesione al test	30,5	33,1	23,5
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	325	301	256
FIT	n. inviti alla popolazione	21.852	25.479	15.113
	n. test effettuati	11.899	13.236	8.001
	% adesione al test	55,1	52,0	52,9
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	866	1.031	825

2.3 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 dell'ASL CN1 1 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 2017, dei questionari nei presidi ospedalieri nel 2018, l'indagine con cliente misterioso e i questionari sul comfort ospedaliero nel 2019, si erano ipotizzate per il 2020 una serie di interviste a rappresentanti di associazioni (come previsto dalle Linee Guida sulla valutazione partecipativa nelle Amministrazioni Pubbliche), per sondare nel dettaglio problemi e difficoltà riscontrati nei rapporti con l'Asl CN1. A causa dello stravolgimento delle attività determinato dalla pandemia, non è stato possibile, procedere come era stato pianificato.

Il flusso di visite e ricoveri è stato completamente stravolto con restrizioni ferree, che hanno reso impossibile valutare l'accessibilità ai servizi. La decisione di procrastinare la customer satisfaction al momento in cui saranno ripristinate condizioni più normali è stata presa di concerto con la CMC, come documentato nel verbale della seduta del 26/11/2020.

Nel corso del 2020 l'Urp ha, però, svolto un'attività molto importante, denominata "InfoCovid" nei presidi di Mondovì e Ceva.

Gli operatori del Punto Informativo hanno tenuto contatti costanti con le famiglie dei 569 pazienti ricoverati da marzo al 31 dicembre, spiegando a parenti e caregiver le modalità per comunicare con i propri congiunti, con i medici che li avevano in cura e i dettagli per il recapito e la gestione della biancheria pulita e sporca.

Le telefonate sono state costanti e approfondite, al fine di sincerarsi della piena soddisfazione dei

familiari sulla presa in carico totale del loro congiunto.

La stessa attività è stata svolta da parte degli addetti all'InfoCovid di Saluzzo ai ricoverati in quella sede. L'ospedale di Saluzzo è stato, infatti, trasformato in "Covid hospital". Il lavoro è stato coordinato dall'Ufficio Qualità, che ha improntato il rapporto telefonico alla massima comprensione dei bisogni e aspettative di familiari e degenti. Si è, pertanto, compensata la realizzazione di un'indagine di soddisfazione sistemica con un'indagine di tipo qualitativo, volta a sincerarsi della percezione dei familiari, in una situazione così totalmente nuova e imprevedibile.

Le persone contattate hanno manifestato un elevato livello di apprezzamento del servizio ricevuto. In particolare, nessuno ha presentato rimostranze o espresso giudizi negativi.

3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Come descritto nel Piano della Performance 2020, 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.

L'Albero della Performance dell'ASL (contenuto all'interno del Piano della Performance 2020), è una mappa logica che rappresenta graficamente i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi. In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione. Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti. Gli obiettivi operativi sono dettagliati in schede operative in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate. È da sottolinearsi la ricerca che nel corso degli anni si è sempre di più affinata non solo nella definizione degli obiettivi, ma anche sulle loro misure e sui mezzi per conseguirli.

La definizione del Piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

L'ASL CN1 revisiona annualmente il proprio sistema di budget per mantenerlo in linea con le esigenze strategiche, correlando con le evoluzioni normative e strutturando nella logica organizzativa che via via sta sviluppando, per ottenere, così, una maggiore copertura del sistema degli obiettivi rispetto alla propria organizzazione ed ai propri ambiti di intervento, secondo un modello che esplicita in modo anche visivo il passaggio dai cardini della programmazione aziendale alla partecipazione di tutti

i livelli di responsabilità nei processi di gestione.

Il sistema adottato dall'ASL CN1, descritto già nel Sistema di Misurazione della Performance (SMVP) e nei piani della performance degli anni scorsi, si pone nella strada di Kaplan e Norton alla ricerca delle principali aree chiave di performance, seguendo la sequenza logica delle relazioni di causa ed effetto, per ottenere i risultati strategici attesi facendo leva sui determinanti degli stessi.

L'albero della performance dell'ASL CN1 si basa come su una struttura che organizza gli aspetti della strategia rispetto agli ambiti in cui si sviluppa, attraverso l'individuazione di macro categorie (definite prospettive) che si articolano in fattori da monitorare (definiti dimensioni): nel dettaglio poi ogni aspetto viene concretizzato in obiettivi che definiscono i progetti dal punto di vista operativo, con la caratterizzazione di indicatori e target di riferimento.

Con il Piano della Performance prodotto ad inizio dell'anno (Delibera n. 45 del 23/01/2020) erano state programmate le attività senza poter ovviamente prevedere l'emergenza che a partire dalla fine del mese di febbraio ha stravolto il sistema complessivo della Sanità, modificando conseguentemente priorità, indirizzi, strutture e ruoli.

Il Piano della Performance, così come era stato impostato ed approvato, non risultava più coerente rispetto al radicale mutamento della realtà dei fatti e all'avvenuto cambiamento nello svolgimento e nelle priorità della attività istituzionali.

Sulla base delle suddette riflessioni, è stata doverosa ed inevitabile la revisione globale del ciclo della performance per l'anno 2020, con il precipuo scopo di ricalibrare gli obiettivi precedentemente assegnati alle strutture.

Il sistema di budget ha dovuto necessariamente essere ripensato, sia per l'urgenza di rispondere innanzitutto alle nuove esigenze che man mano si sono presentate, sia per l'impossibilità (dovuta sia al distanziamento sociale sia alla mancanza di tempo dei protagonisti) di incontrarsi e discutere gli obiettivi, sia per le difficoltà operative e continue che si sono dovute affrontare con la logica di imprevedibilità, incertezza e adattamento completamente nuove.

Pertanto il sistema ed il Ciclo della Performance 2020 sono stati comunque mantenuti quale strumento, non in una mera logica di adempimento, ma come contributo all'essere e generare valore pubblico con una modalità comune di comunicazione, motivazione e percezione delle priorità. Nel presentare questo documento si riassume quindi l'iter che è stato realizzato e la progettualità di

minima che si è voluto mantenere come riferimento aziendale.

Dovendo rispettare la tutela dell'integrità fisica dei dipendenti, considerando inoltre che le risorse umane erano fondamentalmente rivolte alla gestione dell'emergenza, si è stabilito di procedere per gradi.

Innanzitutto a marzo (nota Prot. n. 6675963 del 11/03/2020) la Direzione Generale ha trasmesso una nota ai Direttori dei Dipartimenti, delle S.C. e S.S.D. per comunicare che non sarebbe stato possibile avviare gli incontri per la negoziazione; nel contempo si sono trasmesse le schede di budget, costruite secondo gli indirizzi del Piano della Performance (del. n. 45 del 23/01/2020) e aggiornate a febbraio con la novità dell'emergenza coronavirus.

In particolare si è dato ampio risalto sia alla comunicazione sopra riportata, sia alla nota di trasmissione della provvisorietà del contenuto della scheda, che è stato definito quale linea di indirizzo da ulteriormente valutare e ridiscutere in corso d'anno, anche a seguito delle possibili evoluzioni dell'epidemia. Delle schede è stata richiesta sottoscrizione come presa d'atto, rimandando all'estate sia la discussione e modifica eventuale del contenuto, sia la consegna delle quote di retribuzione di risultato affiancate (secondo il modello del S.M.V.P. aziendale).

Tutte le schede sono pervenute alla S.S. Strategie Aziendali entro il mese di maggio 2020. A partire dal mese di luglio si è avviata la fase di analisi della situazione (si era infatti nel frattempo esaurita la fase del lockdown e si stava gestendo la nuova difficoltà della fase 2, con la prospettiva più ampia rivolta anche all'autunno). Conseguentemente, negli stessi tempi in cui normalmente si sarebbe svolta la verifica degli obiettivi di budget, si è stabilito di riprocessare e rivedere tutti gli obiettivi, per stabilire se mantenerli così come confezionati a marzo, se modificarli (anche con riferimento alla possibilità di rimodulare indicatori e target) o anche cancellarli.

La Direzione ha quindi focalizzato nuovi macro-obiettivi, fortemente trasversali, con un orizzonte temporale semestrale, improntati alla valorizzazione, alla messa regime e alla gestione della fase emergenziale.

Ad esempio si è scelto di non riproporre per l'anno 2020 l'obiettivo legato alla contabilità analitica, al controllo delle attività erogate e ai costi (contenuto nella Scheda Risorse & Attività); si sono rimaneggiate alcune scadenze (spostando i tempi in avanti); si è dato forte peso all'obiettivo preesistente della gestione dell'Emergenza Coronavirus, che è stato ulteriormente specificato dalla

Direzione Sanitaria Aziendale con la richiesta di analisi e riflessione da illustrarsi in apposite schede in 2 step (a settembre e a fine anno), trasmessa alle strutture con Nota Prot. n. 6977895 del 28/07/2020.

Gli obiettivi relativi al Piano della Cronicità ed alle progettualità iniziate nell'anno 2019 sono stati lasciati sulle schede ma con peso 0, per dare un segnale di continuità e aprire la prospettiva di programmazione dell'anno 2021.

Si sono in genere semplificati o eliminati sia gli obiettivi che avevano un impatto più formale o burocratico sia quelli che si rifacevano al controllo dei costi, tenuto conto che l'emergenza COVID 19 in alcuni casi (ad esempio per l'area medica e intensiva) ha aumentato molto i costi, in altri li ha fortemente ridotti ad esempio in alcuni campi dell'attività di ricovero chirurgico ordinario.

Nel mese di settembre 2020, le schede così riviste sono state trasmesse ai Direttori di Dipartimento, S.C. e S.S.D. , insieme con le schede di assegnazione delle quote di retribuzione di risultato e con la richiesta di sottoscrizione per accettazione.

Anche in questo caso, quindi, si è rinunciato alla fase di negoziazione e si è chiuso l'iter di assegnazione degli obiettivi con la firma definitiva.

Il processo è stato gestito con il necessario coordinamento della DG ma con l'intervento diretto del personale afferente la S.C. GRU e la S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance.

L'Azienda persegue gli obiettivi strategici che sono definiti sia sulla base di diverse fonti normative, nazionali e regionali, sia dall'analisi delle esigenze via via espresse dal territorio di riferimento.

Dal punto di vista istituzionale, la Regione è l'interlocutore principale per l'ASL CN1, soprattutto perché il finanziamento è definito dall'Assessorato Regionale, che orienta il governo economico con la programmazione sanitaria espressa nel Piano Socio Sanitario. In concreto significa che la Regione ha in carico la gestione della politica sanitaria rivolta ai propri cittadini e la realizza attraverso l'attività delle Aziende Sanitarie, per le quali individua le priorità di intervento attraverso la definizione e l'assegnazione di specifici obiettivi, che sono definiti sia nel citato Piano Socio Sanitario (in modo complessivo, a partire dall'indagine epidemiologica della popolazione stabilisce la distribuzione e l'allocazione delle risorse nei vari ambiti di assistenza e identifica le modalità di soddisfazione dei bisogni e della domanda di servizi sanitari), sia nel momento della nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (e si chiamano per questo scopo "obiettivi di mandato") con

validità triennale, sia annualmente come obiettivi specifici per le Direzioni Generali.

Nel caso dell'ASL CN1, gli attuali obiettivi di nomina del Direttore Generale, definiti con la D.G.R. n. 13-6932 del 29/05/2018, sono i seguenti:

1. Governo dei tempi di attesa.

Dare pieno sviluppo, con riferimento all'Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogena di afferenza, alla programmazione regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale, lavorando parallelamente sul fronte della domanda e su quello dell'offerta, al fine di produrre un significativo miglioramento della capacità di risposta nelle tempistiche di erogazione delle prestazioni in una logica di efficienza organizzativa e appropriatezza clinica.

2. CUP.

Porre in essere tutti i provvedimenti aziendali necessari a sostegno dell'attivazione del Centro Unificato Prenotazioni della Regione Piemonte.

3. Sanità Digitale.

L'attuazione degli interventi declinati dalla programmazione regionale in materia di sanità digitale richiede la coerente attuazione dei Progetti regionali per il triennio 2018-2020 attraverso un governo aziendale attivo che assicuri la realizzazione degli interventi per l'alimentazione del FSE-SoL Piemontese. Inoltre, in attuazione tra l'altro al DM 2 novembre 2011 e le disposizioni regionali conseguenti, la ricetta cartacea, di cui al decreto 17 marzo 2008, è sostituita dalla ricetta dematerializzata generata dal medico prescrittore. In proposito gli Enti del SSR dovranno definire e porre in essere i necessari interventi finalizzati alla completa dematerializzazione delle prescrizioni delle ricette mediche, da parte di tutti i medici autorizzati, nel rispetto delle normative nazionali che regolamentano la prescrizione medica e garantire il completamento, nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

4. Piano Regionale Cronicità e Case della Salute.

Attuazione e pieno sviluppo delle disposizioni previste dal Piano Regionale Cronicità e successive modifiche ed integrazioni.

Attuazione e pieno sviluppo della programmazione regionale relativamente all'operatività delle Case della Salute sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare ed a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extraospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale. Rafforzamento della funzione di committenza e della presa in carico da parte del Distretto anche attraverso il ruolo del MMG e di tutto il complesso delle cure primarie in una prospettiva di sistema unico multicentrico integrato, nella chiarezza dei ruoli e delle responsabilità.

5. Piano Regionale di Prevenzione.

Attuazione, con riferimento all'Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogena di afferenza, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare attenzione alle disposizioni in materia di prevenzione vaccinale.

Nello specifico occorre adottare annualmente il Piano Locale della Prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano Regionale e nel rispetto dei tempi e delle regole per la valutazione finalizzata alla certificazione del Piano regionale da parte del Ministero della Salute.

6. Rafforzamento funzione di committenza.

Dare pieno sviluppo alla funzione di committenza generale delle ASL rispetto ai fabbisogni della propria popolazione ed alla struttura della rete di offerta del territorio di propria competenza e consolidamento della capacità di contrattazione di tipologia e volumi di prestazioni con le strutture eroganti pubbliche e private, nell'ambito del perimetro regolatorio definito a livello regionale.

7. Equilibrio Economico-Finanziario.

Le Aziende dovranno assicurare un obiettivo di efficientamento finalizzato ad assicurare un'incidenza dei costi rispetto ai ricavi secondo le disposizioni emanate dalla Regione. Per le Aziende territoriali l'obiettivo è previsto a livello di singolo presidio a gestione diretta (inserito nella rete di E/U). Le eventuali risorse che si potranno rendere disponibili potranno essere utilizzate per programmi di sviluppo e di innovazione.

8. Edilizia Sanitaria.

Piena attuazione della programmazione prevista dal nuovo Piano della Regione sull'edilizia sanitaria.

9. Trasparenza.

Mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale.

Questi obiettivi sono oggetto di verifica di metà mandato, come da Relazione del Direttore Generale, redatta sulla base dell'art. 3 bis comma 6 del D. Lgs. 502/92, sull'attività svolta dal 11.06.2018 al 31/05/2020, che è stata trasmessa in Assessorato, in data 25/06/2020 prot. 67367. La Relazione riferisce i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati e definiti nel quadro della programmazione regionale; è, quindi, un documento di consuntivazione dell'attività svolta e di performance raggiunta che viene pubblicato sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente/Performance. Sulla base della relazione pervenuta e dei pareri favorevoli raccolti, la Giunta Regionale confermerà, anche nella seconda parte del mandato, il Direttore Generale.

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali, essi sono stati definiti con apposita delibera dall'Assessorato regionale n. 15-2139 del 23/10/2020.

I risultati ottenuti sono stati evidenziati nella *"Relazione socio sanitaria aziendale per l'anno 2020"*, approvata con deliberazione n. 139 del 25/02/2021; la relazione è stata strutturata con l'elencazione di ciascun obiettivo e quindi, progressivamente, sono state sintetizzate le attività poste in essere dall'Azienda, i risultati ottenuti ed i possibili elementi utili alla valutazione del raggiungimento dell'obiettivo,

Il quadro che si è presentato nella relazione evidenzia un positivo raggiungimento complessivo degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi; inoltre riferisce un sostanziale mantenimento dei livelli quali-quantitativi dei servizi erogati alla popolazione, con incrementi in alcuni settori dei livelli assistenziali dell'ospedale, del territorio e della prevenzione.

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, ma come specificato nelle pagine precedenti, negli stessi tempi in cui normalmente si sarebbe svolta la verifica degli obiettivi di budget, visto il perdurare dell’Emergenza sanitaria, si è stabilito di seguire un iter diverso decidendo di riprocessare e rivedere tutti gli obiettivi, per stabilire se mantenerli così come confezionati a marzo, se modificarli (anche con riferimento alla possibilità di rimodulare indicatori e target) o anche cancellarli, si è rinunciato alla fase di negoziazione e si è chiuso l’iter di assegnazione degli obiettivi con la firma definitiva e si è fatto un unico monitoraggio a fine anno.

Complessivamente, le risultanze della revisione infrannuale sono state le seguenti:

BUDGET 2020: OBIETTIVI CONFERMATI	
OBIETTIVO	N. STRUTT.
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla DG dell'AO S.Croce e Carle	7
Collaborazione con la Direzione Generale ASL CN1 per gli obiettivi regionali	102
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla DG dell'ASL CN2	1
Emergenza Coronavirus: Apprendere dall'emergenza COVID-19	102
Continuità dei "Programmi Strategici 2019" a valenza aziendale e a valenza dipartimentale e/o di Servizio. Nota: Obiettivo presente in procedura ma con peso 0 al fine di mantenerne la sola continuità di programmazione.	67
Rispetto dei limiti di budget e compliance	22
Vigilanza Strutture	1
Elaborazioni statistiche farmaceutiche correlate al Piano Locale Cronicità	2
Progetto regionale farmaceutica - area territoriale e ospedaliera. Brevetto scaduto	19
Bilancio sociale e di mandato 2018-2020	1
Relazione dei primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	22
Organizzazione corsi in collaborazione con S.S. Formazione, S.C. Medicina del Lavoro, S.S. Servizio Prevenzione e Protezione, Radiologie	1
Radon e Direttiva EURATOM 2013/59 - recepimento 2020	1
Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni	1
Integrazione servizi medici	4
Integrazione servizi veterinari	4
Appropriatezza prescrizioni protesica	1
Manutenzione esternalizzata ausili protesica	1

BUDGET 2020: OBIETTIVI MODIFICATI	
OBIETTIVO	N. STRUTT.
Progetto Mappatura e Sviluppo Competenze	62
Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici	3
Monitoraggio indicatori Funzione Pubblica	9
Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche (D.D. n. 725 del 15/11/2017): dalla check regionale di autovalutazione alle azioni di miglioramento conseguenti	71

Realizzazione del Progetto di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ): "Sviluppo di un progetto per migliorare l'accoglienza dell'utente" – P.O. Savigliano	5
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione	12
Obiettivi regionali rischio clinico	1
Obiettivi regionali inerenti le infezioni ospedaliere	1

BUDGET 2020: OBIETTIVI ELIMINATI	
OBIETTIVO	N.STRUTT.
Adempimenti Piano Nazionale Anticorruzione: Dichiarazione pubblica di interessi	90
Gestione della salute e sicurezza sul lavoro	2
Aggiornamento procedura approvvigionamenti	6
Attivazione prenotazione pasti degenti presso i presidi ospedalieri	6
Distribuzione diretta farmaci e presidi per diabetici	32
Pianificazione attività comunicazione per l'anno 2021	14
Procedura per l'espletamento gare d'appalto sopra e sotto soglia comunitaria	2
Scheda "Risorse/Attività"	65

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 percentualmente 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.

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:

Fasce di strutturazione della performance organizzativa	% raggiungimento obiettivi (intesa come media ponderata tra tutti gli obiettivi)	% retribuzione di risultato spettante
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 <100%	100%
Pienamente raggiunto	100%	100%

La valutazione finale viene quindi trasmessa dall'OIV alla Direzione Generale che la recepisce tramite un provvedimento deliberativo (delibera aziendale n. 262 del 13/04/2021) 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 2020, è necessario fornire alcune indicazioni generali, sia di tipo metodologico sia di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa del 2019.

Tali riflessioni sono state condivise con l'OIV nella riunione propedeutica alla valutazione degli obiettivi 2020, che si è tenuta in data 16/03/2021.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2020 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.

L'OIV, sulla base della documentazione ricevuta via e-mail, ha proceduto come segue:

- **Obiettivi pienamente raggiunti:** in merito agli obiettivi raggiunti al 100% l'OIV esprime la propria valutazione sulla base delle proposte di giudizio espresse dai relazionanti interni.

Il giudizio *"L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%"* viene pertanto riportato su ciascun obiettivo.

- **Obiettivi a peso 0:** nella categoria è presente l'obiettivo *"Continuità dei programmi strategici 2019 a valenza aziendale e a valenza dipartimentale e/o di servizio"*.

L'azienda ha stabilito di lasciare il suddetto obiettivo con peso 0 in quanto il Direttore Sanitario aveva impostato tale obiettivo nel 2019, pensando di proseguirlo nel 2020; l'avvento del COVID ha reso necessario rinunciare al proseguimento, ma poiché è stato considerato l'impegno forte dell'Azienda sull'obiettivo, si è lasciato nelle schede di budget come promemoria per il futuro e il relativo peso è stato convogliato sull'obiettivo primario *"Emergenza Coronavirus"*.

Il giudizio *"L'OIV PRENDE ATTO DELLA VALUTAZIONE AZIENDALE IN MERITO ALLA PROROGA DELL'OBIETTIVO AL TERMINE DELL'EMERGENZA"* viene pertanto riportato su ciascun obiettivo.

- **Obiettivi complessivamente raggiunti:** l'OIV si sofferma sull'obiettivo *"Progetto regionale farmaceutica – area territoriale e ospedaliera – brevetto scaduto"* chiedendo chiarimenti sulla definizione di *"complessivamente raggiunto"*, inserita su alcune strutture, nelle relazioni dell'obiettivo.

Dopo aver audito la Dott.ssa Mellano – Responsabile SS. Farmaceutica territoriale – considerato che la spesa è molto bassa e il numero singolo non particolarmente indicativo, è d'accordo di considerare l'obiettivo raggiunto lasciando la dicitura *"complessivamente raggiunto"* ed esprime le proprie considerazioni.

Il giudizio *"L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE INTERNO E DOPO AVER AUDITO LA DOTT.SSA MELLANO ESPRIME LE PROPRIE CONSIDERAZIONI: LA SPESA TERRITORIALE CHE RENDE L'ASL CN1 BEST PERFORMER SU GRAN PARTE DEI PRINCIPI ATTIVI OGGETTO DI MONITORAGGIO EVIDENZA CHE L'ATTENZIONE E LA*

COSCIENZA DELL'OPERATO DELLE STRUTTURE E LE LIEVI SBAVATURE RISPETTO AL RISULTATO RICHIESTO NON SONO DIRIMENTI RISPETTO AL RISULTATO ATTESO, TRA L'ALTRO DI ALTO LIVELLO. PERTANTO, L'OIV VALUTA IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO AL 100%“ viene riportato su ciascun obiettivo

- **Obiettivi sospesi:** l'OIV esamina l'obiettivo *“Realizzazione del progetto di miglioramento continuo della qualità (MCQ): realizzazione di un progetto per migliorare l'accoglienza dell'utente- PO Savigliano”* e chiede chiarimenti sulla sospensione dell'obiettivo per la S.C. Acquisti.

L'obiettivo nasce nel 2019 e tutte le strutture coinvolte hanno predisposto quanto richiesto (analisi, diagrammi di flusso...), tranne l'Ufficio Acquisti che doveva predisporre un capitolato e una gara per l'acquisto di display.

Visto il momento critico, la Direzione aziendale ha stabilito di non procedere all'espletamento di questa gara rimandando l'obiettivo per la SC. Acquisti al prossimo anno. La comunicazione è pervenuta il 22 ottobre 2020 e segnalata in pari data ai Componenti dell'OIV.

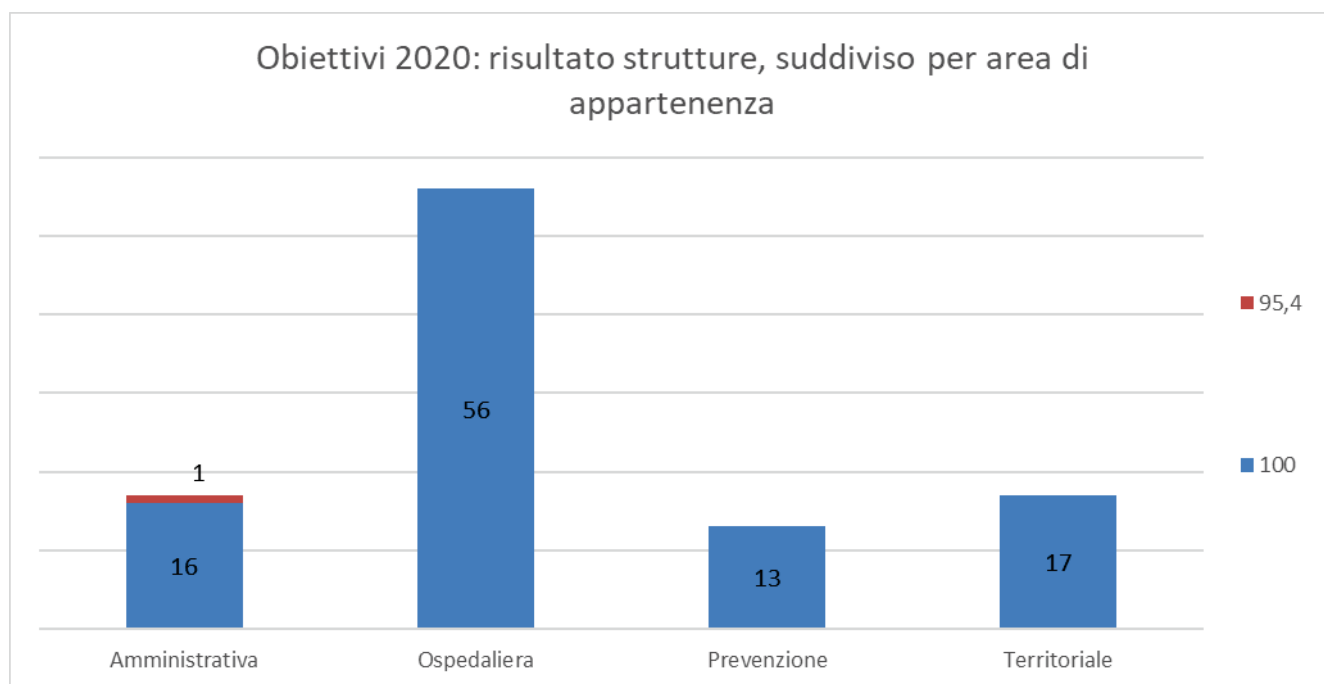
L'OIV prende atto che l'obiettivo è stato sospeso per la S.C. Acquisti beni e Servizi come da relazione del Relazionante in data 19/02/2021.

Il giudizio *“L'OIV PRENDE ATTO CHE L'OBIETTIVO È STATO SOSPESO PER LA S.C. ACQUISTI E VALUTA L'OBIETTIVO SOSPESO”* viene pertanto riportato sull'obiettivo.

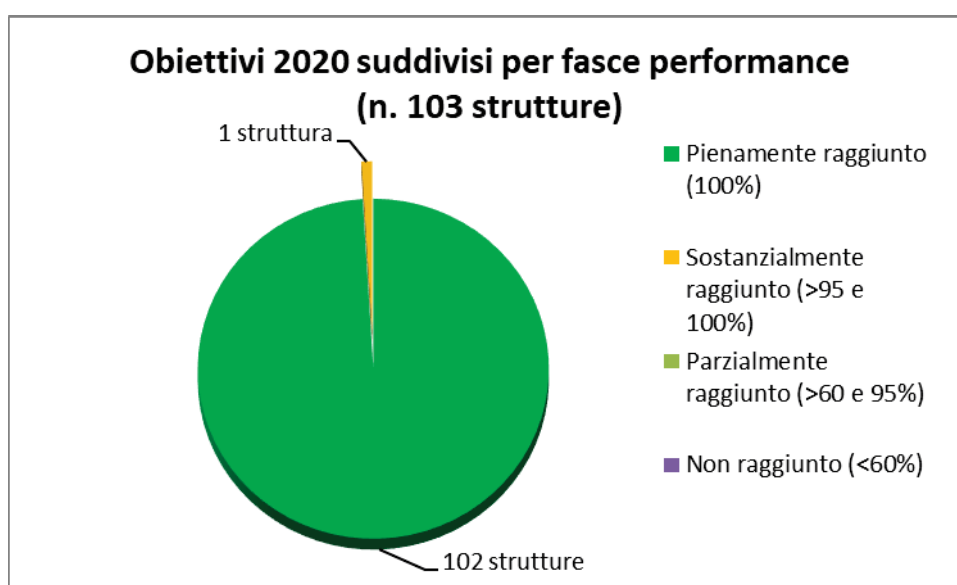
I grafici dei risultati della performance organizzativa

Nei grafici seguenti vengono rappresentati i risultati complessivi conseguiti dalle schede di budget delle Strutture aziendali nell'anno 2020, 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 2020 – Obiettivi per Struttura" e nella delibera ASL CN1 n. 262 del 13/04/2021 "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2020 da parte delle strutture dell'A.S.L. CN1" che recepisce le valutazioni dell'OIV, allegati alla presente Relazione.

3.3.1 Obiettivi pienamente/sostanzialmente raggiunti

La tabella seguente riporta in modo sintetico gli obiettivi aziendali con l'indicazione del numero delle strutture alle quali è stato assegnato e la % di raggiungimento:

Area: ECONOMICA – Dimensione: EQUILIBRIO FINANZIARIO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Progetto regionale farmaceutica - area territoriale e ospedaliera - brevetto scaduto	La spesa farmaceutica dell'ASLCN1 nell'anno 2020 si è mantenuta la più bassa spesa pro-capite della regione, in diminuzione rispetto all'anno 2019 con pieno raggiungimento dell'obiettivo.	7	7	
	La spesa territoriale che rende l'ASL CN1 best performer su gran parte dei principi attivi oggetto di monitoraggio evidenzia che l'attenzione e la coscienza dell'operato delle strutture e le lievi sbavature rispetto al risultato richiesto non sono dirimenti rispetto al risultato atteso, tra l'altro di alto livello con raggiungimento dell'obiettivo al 100%	12	12	

Area: PROCESSI – Dimensione: APPROPRIATEZZA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici	A fine anno non sono state rilevate criticità nelle prescrizioni e gli obiettivi sono stati pienamente raggiunti in ogni punto. Le azioni messe in atto hanno permesso di ottenere un positivo dato relativo all'indicatore regionale costo per giornate di terapia, inferiore al best performer piemontese.	3	3	
Vigilanza Strutture	L'indicatore prevedeva la verifica di almeno 80 Strutture Socio Sanitarie che è stato ampiamente	1	1	

	rispettato raggiungendo pienamente l'obiettivo.			
Appropriatezza prescrizioni protesica	E' stata prodotta la reportistica trimestrale che evidenzia il controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni per la protesica.	1	1	
Manutenzione esternalizzata ausili protesica	La produzione della reportistica trimestrale conferma l'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata ausili protesica ed è documentata dalle relazioni prodotte.	1	1	
Obiettivi regionali inerenti le infezioni ospedaliere	Rispettati gli indicatori definiti a livello regionale come da relazione agli atti della Direzione Generale.	1	1	
Obiettivi regionali rischio clinico	Rispettati gli indicatori definiti a livello regionale come da relazione agli atti della Direzione Generale.	1	1	

Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICACIA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Emergenza Coronavirus	Al 30/09 tutte le macrostrutture ed i singoli servizi (sanitari ed amministrativi) hanno prodotto un REPORT SPECIFICO sulla base di una "SCHEDA DI ANALISI" fornita dalla Direzione aziendale. PER IL II° SEMESTRE: i Direttori Sanitario e Amministrativo, considerato l'elevato livello di impegno per far fronte all'emergenza COVID-19 e ritenendo utile non appesantire ulteriormente le strutture in prima linea, hanno comunicato a tutti i responsabili di strutture aziendali intestatari di obiettivi di budget la modalità di compilazione finale dei report con scadenza al 31/12/2020. In particolare hanno richiesto alle strutture sanitarie la sola partecipazione a brevi interviste organizzate dal Direttore Sanitario (senza onere di compilazione scheda che è stata poi redatta a cura del Direttore Sanitario) e alle strutture amministrative la compilazione della scheda B entro il 31.1.2021. Agli atti della Direzione, è presente tutta la documentazione relativa alle interviste con le strutture sanitarie e i report prodotti dalle strutture amministrative.	103	103	

Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione	La Direzione Generale, ha apprezzato la grande collaborazione e impegno prestati dalle strutture per il conseguimento dei risultati previsti dall'obiettivo,	103	103	

degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte	considerando quindi un pieno raggiungimento dello stesso da parte delle strutture aziendali.			
Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	L'attività di raccolta dati e redazione della relazione sui primi 24 mesi è stata completata, con la collaborazione delle strutture coinvolte nell'obiettivo, entro la scadenza regionale.	22	22	
Elaborazione statistiche farmaceutiche correlate al Piano Locale Cronicità	Nell'ambito del Piano Locale Cronicità è stata prodotta un'approfondita elaborazione statistica attraverso l'analisi delle prescrizioni dei farmaci ATC R03 nell'ASLCN1, inerente la gestione della patologia cronica Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) anche con la collaborazione della S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo Di Gestione per l'estrazione dei dati e la predisposizione della reportistica richiesta.	2	2	
Rispetto dei limiti del budget trasversale e compliance	La dotazione di conto servizio non è stata utilizzata oltre le risorse annue assegnate. Sono state rispettate le indicazioni fornite sul caricamento dei costi e, in generale, sulla liquidazione delle fatture. I Servizi e le Macroaree hanno partecipato alle riunioni indette ed hanno rispettato le indicazioni fornite.	22	22	

Area: PROCESSI – Dimensione: INNOVAZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Bilancio sociale di mandato 2018/2020	È stato costituito il gruppo di lavoro; è stata fatta una riunione per confronto e distribuzione dei compiti; è stato raccolto il materiale anni 2018/2019 e definita la grafica con coinvolgimento del gruppo di lavoro. Definito lo schema di lavoro per redazione del documento finale entro 15 aprile 2021.	1	1	
Realizzazione del Progetto di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ): "Sviluppo di un progetto per migliorare l'accoglienza dell'utente" - P.O. Savigliano.	Realizzata la bozza del documento e predisposta la relativa flow chart. Il progetto di miglioramento dell'accoglienza dell'utente presso il P.O. Savigliano prevedeva l'acquisto display per comunicazioni aziendali con coinvolgimento dei cittadini: l'implementazione del progetto avrebbe richiesto alcuni passaggi che la situazione emergenziale non ha reso possibili o comunque eccessivamente difficoltosi. Pertanto anche i cittadini non avrebbero potuto usufruire del miglioramento dell'accoglienza e quindi l'obiettivo è stato sospeso per la S.C Acquisti.	5	4 + 1 sospeso	
Monitoraggio indicatori Funzione Pubblica (Circolare DFP 80611 del 30/12/2019).	Rispettata la scadenza ministeriale e aziendale con compilazione e raccolta dati.	9	9	

Continuità dei "Programmi Strategici 2019" a valenza aziendale e a valenza dipartimentale e/o di Servizio.	Stante il proseguire dell'emergenza coronavirus, l'ASL si è concentrata nella gestione della relativa problematica e l'obiettivo è stato lasciato come segnale di continuità per il 2021 ma il peso è stato portato a 0 spostandolo sull'obiettivo Emergenza Coronavirus.	67	==	==
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----

Area: PROCESSI – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche (D.D. n. 725 del 15/11/2017): dalla check regionale di autovalutazione alle azioni di miglioramento conseguenti.	Raccolta delle evidenze per i requisiti di competenza. Partecipazione attiva alla verifica dei requisiti generali di accreditamento, secondo il calendario notificato dall'Organismo Tecnicamente Accreditante. Tutte le strutture si sono dimostrate disponibili ad essere reperibili personalmente o tramite delega nei giorni della verifica dei requisiti generali di accreditamento.	71	71	
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.	Con mail del 31.03.2021 e mail del 08/04/2021 l'O.I.V. dell'A.O. S. Croce e Carle ha trasmesso le valutazioni degli obiettivi budget 2020 con il risultato di raggiungimento.	7	6	1
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'ASL CN2.	Con nota del 17/02/2021 (Prot. 19871 del 18/02/2021) l'O.I.V. dell'ASL CN2 ha comunicato la valutazione positiva obiettivi budget 2020 con pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati.	1	1	

Area: PROFESSIONISTI-OPERATORI – Dimensione: SVILUPPO PROFESSIONALE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Progetto mappatura e sviluppo competenze.	Tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, le strutture coinvolte hanno raggiunto e soddisfatto il 100% del target richiesto. La struttura SC Sistema Informativo Direzionale ha raggiunto e soddisfatto quanto richiesto dal target con la stesura del Progetto Tecnico Mappatura Conoscenze e del Progetto Tecnico Collegio Tecnico consegnati entro la data stabilita.	62	62	
Organizzazione corsi in collaborazione con SS Formazione, SC Medicina del Lavoro, SS Servizio Prevenzione e Protezione, SC Radiologie.	Il Responsabile della S.S. Fisica Sanitaria ha relazionato sui corsi effettuati, pienamente in linea con l'indicatore.	1	1	

Area: TUTELA – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
Integrazione servizi veterinari.	Compatibilmente con la necessità di partecipare alle attività Covid connesse, il personale dell'Area ha svolto al 100%, come negli anni precedenti, le attività vicarianti, integrate e programmate con le altre Aree del Servizio veterinario, necessarie per le esigenze di erogazione delle attività.	4	4	
Integrazione servizi medici	Compatibilmente con l'emergenza coronavirus, tutte le attività vicarianti sono state svolte al 100% da tutte le strutture coinvolte nell'obiettivo e sono documentate dalle registrazioni sul sistema informativo Covid Dipre e dalla rilevazione FTE inviata settimanalmente in Regione.	4	4	

Area: TUTELA – Dimensione: PREVENZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%	>95 <100
RADON e Direttiva EURATOM 2013/59 - Recepimento 2020.	Il responsabile della S.S. Fisica Sanitaria ha relazionato sull'obiettivo ed ha pienamente adempiuto all'indicatore e al target.	1	1	
Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni.	Sono state soddisfatte al 100% tutte le richieste (riunioni e pareri preventivi e per atti autorizzativi) richiesti direttamente dalla Commissione di Vigilanza, dal Dipartimento di prevenzione e dal suo organismo tecnico per i nulla osta prefettizi e sanitari sia sulle pratiche con radiazioni ionizzanti sia non ionizzanti quali la Risonanza Magnetica.	1	1	
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.	La strutture coinvolte nell'obiettivo hanno contribuito per la parte di competenza e nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione per l'anno 2019, alla Programmazione PLP 2020 con l'attuazione delle azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione alla rendicontazione del PAISA 2019 e aggiornamento dei sistemi informativi entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.	12	12	

3.4 La Performance Individuale

Ai sensi del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (Si.Mi.Va.P.) 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 2020, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane, con apposita nota protocollata ha trasmesso il 16 aprile 2021 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 2020 e ratificati dall’Organismo Indipendente di Valutazione e, a seguire, dalla Direzione Generale che ne ha confermato il giudizio attraverso la deliberazione n. 262 del 13/04/2021 avente ad oggetto “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2020 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 24 maggio 2021.

Per quanto riguarda la scheda “SV”, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane ha trasmesso, con apposita nota protocollata il 16 aprile 2021, 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 2020 per la valutazione a consuntivo della performance individuale.

La medesima S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane con comunicazione del 22 aprile 2021 ha richiesto la compilazione delle schede di valutazione per il 2020 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 24 maggio 2021.

Di seguito si presentano i dati emersi al termine del processo di valutazione della performance individuale relativa all'anno 2020 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 Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali).

3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2020 – 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)

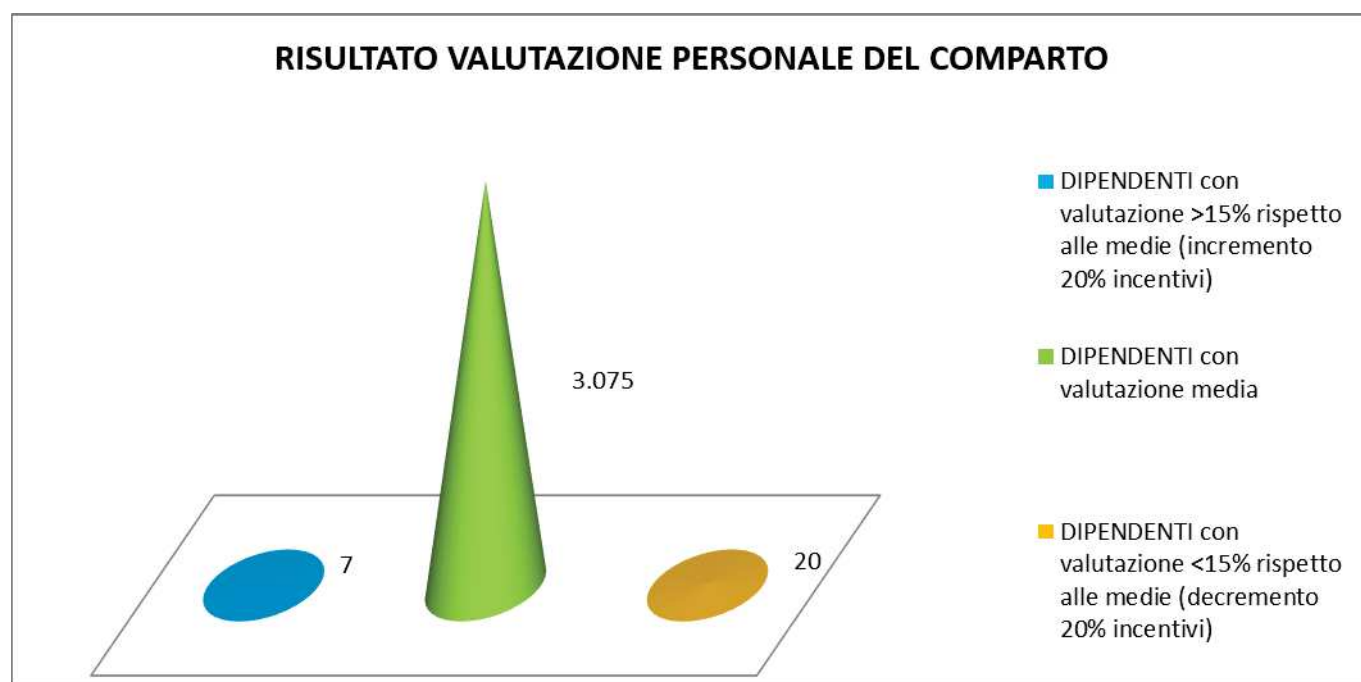
Di seguito si sintetizzano i dati emersi dalla valutazione della performance connessa alla parte qualitativa del sistema incentivante del personale del comparto, mettendo in evidenza sia il rapporto tra i dipendenti valutati e quelli non valutati oppure che non hanno accettato la valutazione.

Riepilogo valutazione comparto 2020	
dipendenti complessivi comparto	3.217
dipendenti valutati	3.102
<i>di cui dipendenti che non hanno accettato valutazione</i>	3
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	115

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)	7
Dipendenti con valutazione <15% rispetto alla media (decremento 20% incentivi)	20
Dipendenti con valutazione media	3.075



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.

Riepilogo valutazione coordinatori e posizionati 2020	
<i>dipendenti complessivi</i>	203
<i>dipendenti valutati</i>	202
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	1
dipendenti che non hanno accettato valutazione	0
dipendenti con valutazione negativa (<65)	0

Per quanto attiene ai progetti quantitativi trasversali, nel 2020 i beneficiari sono stati nel complesso **367** per un ammontare complessivo di **€ 263.052,00** a fronte di un orario aggiuntivo dedicato pari a **n. 11.957 ore** complessive.

3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2020– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali

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 Sanità e Area delle Funzioni Locali.

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

È 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.

DESCRIZIONE FATTORI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI (valutazione da 1 a 5)	
UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE	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
AUTONOMIA OPERATIVA	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
CAPACITA' INNOVATIVA	Disponibilità al cambiamento e senso di adattamento. Capacità di analisi e soluzioni dei problemi. Creatività applicativa. Gestione e promozione delle innovazioni tecnologiche e organizzative.
CONOSCENZE TECNICHE E TECNOLOGICHE	Formazione di base e specialistica. Esperienza nel/i settore/i di competenza. Addestramento specifico e stages professionali seguiti. Propensione per la ricerca e sperimentazione.
DISPONIBILITA' ALL'AGGIORNAMENTO E ALL'AFFIANCAMENTO	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.
RISPETTO DEI CODICI DI COMPORTAMENTO (NELL'OTTICA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN ATTUAZIONE DEI PRINCIPI DI TRASPARENZA ED INTEGRITA')	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.

APPLICAZIONE DI PROCEDURE E LINEE GUIDA AZIENDALI	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.
RELAZIONI CON L'UTENZA INTERNA ED ESTERNA	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.
CAPACITA' ORGANIZZATIVA RIFERITA ALLA PROPRIA ATTIVITA' E ALLE FUNZIONI ASSEGNATE	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.
RELAZIONI FUNZIONALI CON COLLEGHI E COLLABORATORI ANCHE DI ALTRE STRUTTURE	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.

AREA SANITA':

Dirigenti medici e veterinari (n. 548 valutati)

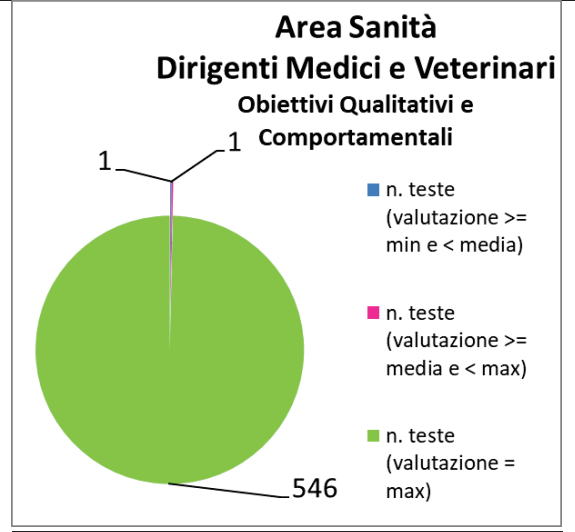
OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Valore Minimo (min)	=	73,00
Valore Massimo (max)	=	100,00
Valore Medio (media)	=	86,50
n. teste (valutazione \geq min e $<$ media)	=	2
n. teste (valutazione \geq media e $<$ max)	=	0
n. teste (valutazione = max)	=	546

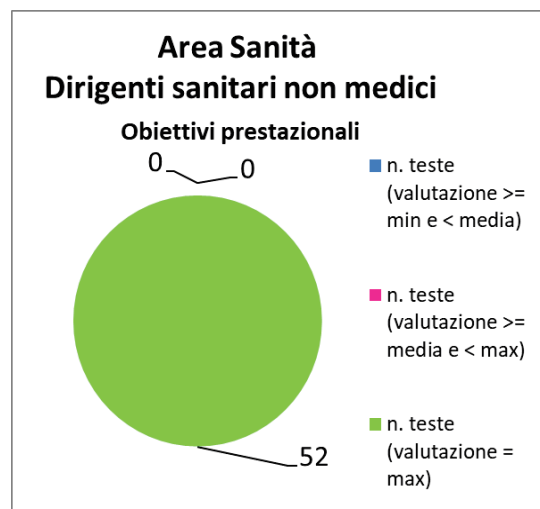


OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

Valore Minimo (min)	=	83,33
Valore Massimo (max)	=	100,00
Valore Medio (media)	=	91,67
n. teste (valutazione >= min e < media)	=	1
n. teste (valutazione >= media e < max)	=	1
n. teste (valutazione = max)	=	546

**Dirigenti sanitari non medici (n. 52 valutati)****OBIETTIVI PRESTAZIONALI:****Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

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

**OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:****Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**

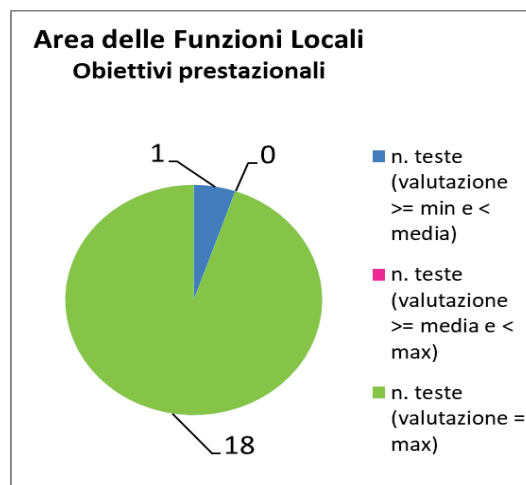
n. teste (valutazione >= min e < media)	=	0
n. teste (valutazione >= media e < max)	=	0
n. teste (valutazione = max)	=	52



AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 19 dirigenti valutati)

OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

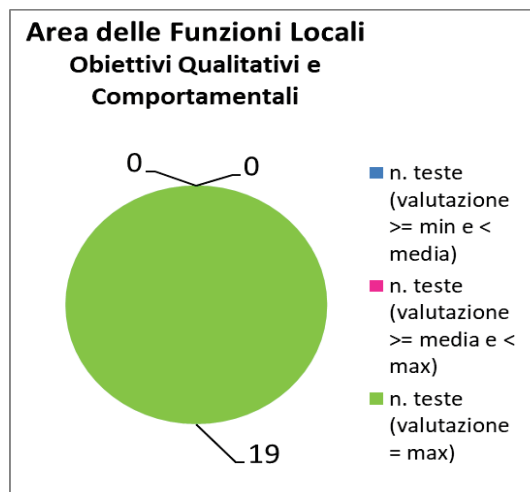
Valore Minimo (min)	=	98,25
Valore Massimo (max)	=	100,00
Valore Medio (media)	=	99,13
n. teste (valutazione >= min e < media)	=	1
n. teste (valutazione >= media e < max)	=	0
n. teste (valutazione = max)	=	18



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%

n. teste (valutazione >= min e < media)	=	0
n. teste (valutazione >= media e < max)	=	0
n. teste (valutazione = max)	=	19



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)	
A) LEADERSHIP E GESTIONE DELLA SQUADRA	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) CAPACITÀ ORGANIZZATIVA, GESTIONALE E RELAZIONALE	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>)
C) UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE (BENI DI CONSUMO DI TUTTE LE CATEGORIE E APPARECCHIATURE TECNICHE E TECNOLOGICHE)	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.
D) CAPACITÀ INNOVATIVA, GESTIONE DEL CAMBIAMENTO E AGGIORNAMENTO E DIFFUSIONE DELLE CONOSCENZE	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.

Direttori di Dipartimento (n. 7 direttori valutati)

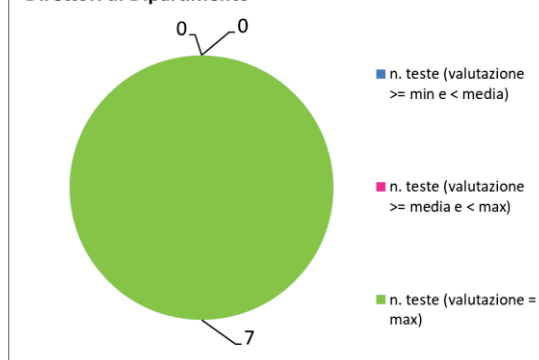
Tutti i Direttori di Dipartimento hanno raggiunto il 100%

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

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

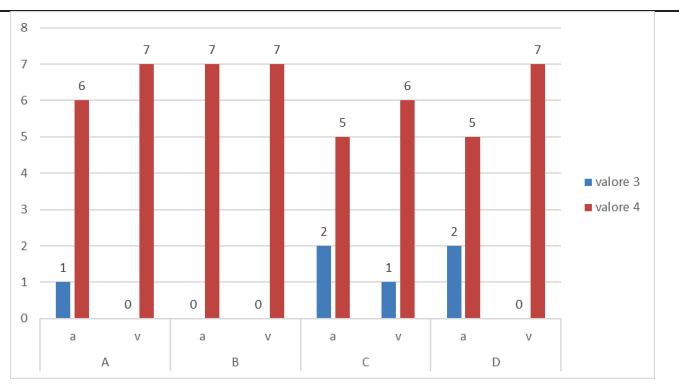
n. teste (valutazione = max) = 7

Direttori di Dipartimento



Valutazione schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	1	0	0	0	2	1	2	0
valore 4	6	7	7	7	5	6	5	7
totale teste	7	7	7	7	7	7	7	7



Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione

AREA SANITA':

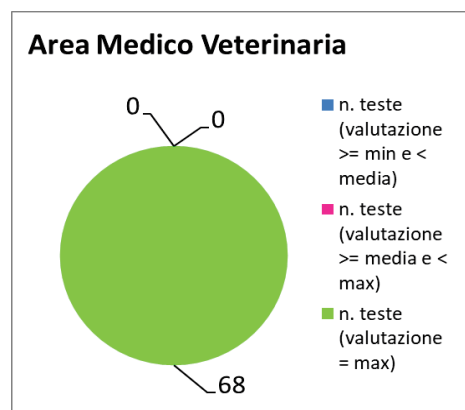
Direttori/responsabili medici e veterinari (n. 68 valutati)

Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%

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

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

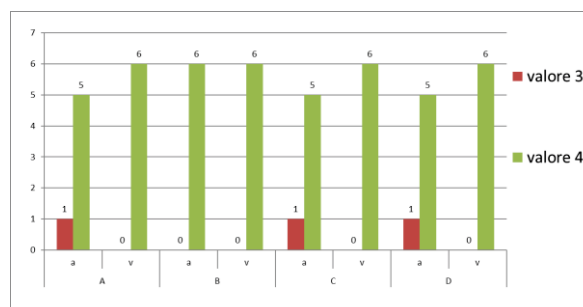
n. teste (valutazione = max) = 68



Valutazione schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	25	1	18	2	26	3	20	1
valore 4	43	67	50	66	42	65	48	67
totale teste	68	68	68	68	68	68	68	68

Legenda: a=autovalutazione; v=valutazione



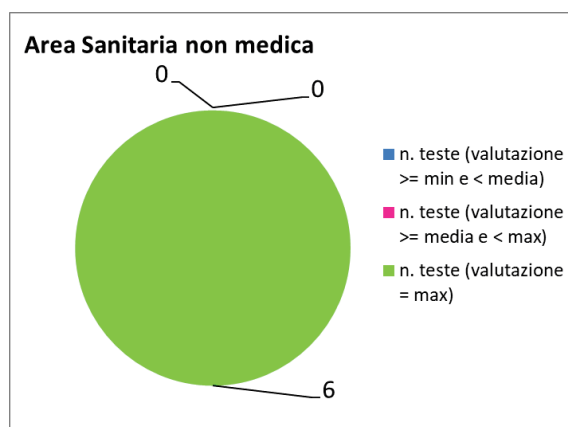
Direttori/responsabili sanitari non medici (n. 6 valutati)

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%

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

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

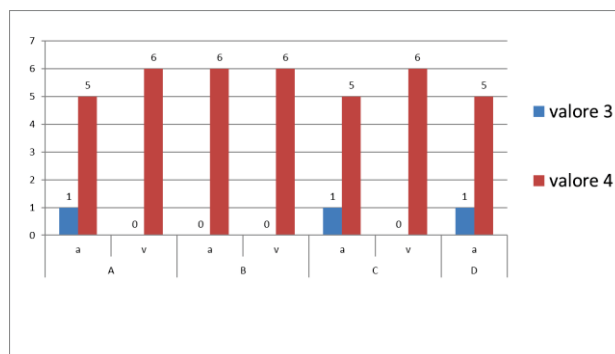
n. teste (valutazione = max) = 6



Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	1	0	0	0	1	0	1	0
valore 4	5	6	6	6	5	6	5	6
totale								
teste	6	6	6	6	6	6	6	6

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 11 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

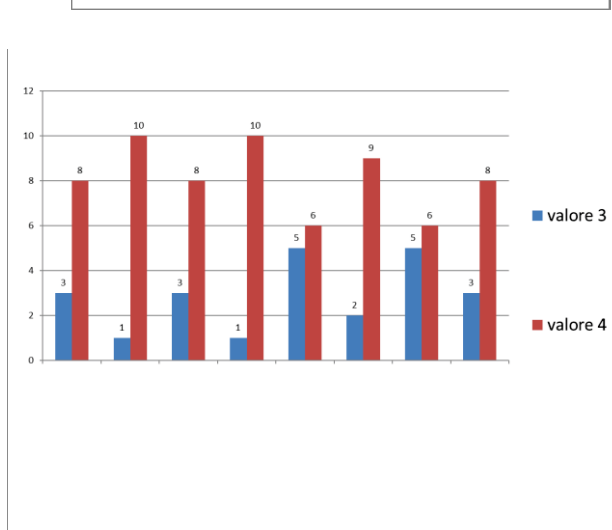
n. teste (valutazione = max) = 11



Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	3	1	3	1	5	2	5	3
valore 4	8	10	8	10	6	9	6	8
totale								
teste	11	11	11	11	11	11	11	11

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



3.5 Risultati 2020 su Trasparenza, Integrità e Anticorruzione

3.5.1 Trasparenza

In materia di attuazione degli obblighi di trasparenza si richiama la deliberazione del Direttore Generale n. 62 del 30 gennaio 2020 di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022 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” sulla “Programmazione della Trasparenza”, la sezione del PTPCT deputata all’organizzazione dei flussi informativi in termini di trasparenza e a facilitare il monitoraggio delle fasi di individuazione, elaborazione, produzione, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati, costituisce un importante presidio 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.

A tale proposito si evidenziano le principali novità intercorse nell’anno 2020:

- Sono stati pubblicati i dati su “Amministrazione Trasparente” entro il 30 giugno e non entro il 31 marzo, in seguito al posticipo dell’adempimento stabilito dal Comunicato ANAC del 12 marzo 2020; l’attestazione dell’Organismo Indipendente di Valutazione ASL CN1, in merito all’assolvimento da parte di questa Azienda degli obblighi di trasparenza, in ottemperanza delle indicazioni fornite dall’ANAC con la delibera n. 213/2020, è stata firmata il 1° luglio 2020 e pubblicata entro il 31 luglio;
- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo “Scadenario dei nuovi obblighi amministrativi”;
- è stata posta estrema attenzione nell’accoppiare alle risorse informative pubblicate, le specifiche banche dati di riferimento (laddove esistenti), in modo da agevolare la ricerca univoca e stabile dei dati.

Nel 2020 nell’impossibilità di proporre la “Giornata della Trasparenza” nella forma consueta, a causa dell’emergenza pandemica da Covid-19, le Strutture “Prevenzione della Corruzione” della “Trasparenza” della CN1 hanno aderito con i colleghi piemontesi alla “**International Anti-Corruption**

Day”, che si è tenuta il 9 dicembre 2020, realizzando un breve “spot”, che è stato inserito nel video piemontese. Il giorno stesso, quindi è stata inviata a tutte le caselle personali dei Dipendenti e dei Convenzionati, la segnalazione che sulla intranet aziendale era disponibile il comunicato di presentazione dell’iniziativa ed il “link” per il video “illustrativo”, che reca con apporti da tutte le Strutture di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Considerato che l’istanza di accesso civico va presentata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) si ricorda che:

- con l’accesso civico “semplice” l’Azienda rende disponibili a tutti i dati o i documenti, che pur avendone l’obbligo, in base alla normativa, non ha pubblicato sul sito-web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
- con l’accesso civico “generalizzato” l’Azienda riconosce a chiunque di accedere a dati, documenti, informazioni detenuti dall’A.S.L. CN1, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obblighi di pubblicazione, ad esclusione di quelli sottoposti al regime di riservatezza. - art. 5, comma 2, D. Lgs. 33/2013.

La percentuale degli accessi alla sezione “Amministrazione Trasparente”, da parte di cittadini, Enti, soggetti terzi, rispetto al totale degli accessi al sito web aziendale risulta la 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%
- Anno 2019: pari a 2,64%
- **Anno 2020 pari a 2,83%.**

3.5.2 Anticorruzione

Nel corso del 2020 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, approvato con la DGR n. 53-2487 del 23/11/2015, integrato con un’ultima 4^a variante, deliberata dal Direttore

Generale il 13/05/2019 con provvedimento n. 203, approvata dalla Regione Piemonte con DGR n. 112-9019 del 16/05/2019.

Adozione e diffusione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Con deliberazione del Direttore Generale n. 62 del 30/01/2020 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 2020-2022. Al Piano è stata data ampia diffusione mediante pubblicazione sia sul sito istituzionale sia sulla intranet aziendale, e con la comunicazione al personale operante in Azienda all'indirizzo di posta elettronica personale.

Gestione del rischio corruzione e illegalità

Nel 2020 è continuato il consolidamento delle misure obbligatorie e delle numerose misure ulteriori, attivate nel corso degli anni precedenti, attività che ha fatto registrare un buon livello di assimilazione da parte delle Strutture coinvolte. Nel 2017 si era completata la mappatura dei procedimenti/processi amministrativi attraverso l'utilizzo del Sistema informatizzato di gestione del rischio attivo dal 2015, che garantisce maggiore omogeneità e profondità nella descrizione, analisi e valutazione delle attività aziendali e dei relativi rischi, proseguendo anche nel corso del 2020 l'attività avviata negli anni precedenti. Tutte le Strutture hanno provveduto alla verifica, integrazione e aggiornamento del Catalogo dei processi e relativi sottoprocessi e del Registro dei rischi. Inoltre, come a partire dal 2018 anche nel 2020 alcune Strutture hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi e anche nel 2021 si continuerà tale attività di maggiore dettaglio e approfondimento di altri processi/procedimenti o sottoprocessi, sempre al fine di migliorare la strategia di prevenzione.

In particolare sono stati analizzati tutti i settori di attività dell'Azienda attraverso la valutazione di **160** processi e **515** sottoprocessi/fasi di processo; anche nel 2020 come per l'anno precedente gli adeguamenti alle normative e modifiche nell'organizzazione aziendale hanno portato all'aumento di due unità nei Processi e di quattro dei sottoprocessi.

Il predetto software, installato per supportare e orientare in modo univoco l'attività delle Strutture coinvolte nel ciclo di gestione del rischio corruttivo, ha migliorato la qualità del processo, rendendo maggiormente consapevoli i soggetti e le Strutture coinvolte del rispettivo ruolo e dei conseguenti compiti, garantendo la tracciabilità e il monitoraggio costante delle attività poste in essere in

attuazione del Piano e delle relative misure di prevenzione.

Legame performance e Prevenzione della Corruzione

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 tale attività per le Strutture coinvolte nell'anno 2020, entrata a far parte degli obiettivi del budget 2020, 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 PTPCT 2021-2023 dell'ASL CN1, che fotografa la situazione delle attività analizzate in Azienda al 31/12/2020.

Azioni di sensibilizzazione

Tra le iniziative di sensibilizzazione dirette a promuovere il coinvolgimento e la partecipazione del Personale operante in Azienda, si è continuato a pubblicare nell'area Intranet, dedicata, notizie relative alla prevenzione della corruzione e alle pratiche di buona amministrazione.

Misure obbligatorie

Iniziative di formazione

Dal 2014 fino a tutto il 2019 è stato offerto un programma di formazione valoriale con la realizzazione di **52 edizioni** del corso "**Anticorruzione e trasparenza: ruolo, obblighi, doveri e responsabilità dei dipendenti dell'ASL CN1**", ciascuna della durata di 6,30 ore fino al 2015 e dal 2016 di 4 ore, così che ad oggi sono stati formati **3563** operatori dei quali, la stragrande maggioranza dipendenti, ed alcuni dei professionisti convenzionati. Il dettaglio dei partecipanti è pubblicato sulla intranet e sul sito internet aziendale nella sezione "Anticorruzione" - "Formazione".

Inoltre, a partire dal 2017 ad oggi sono stati effettuati dei **corsi anticorruzione per lo specifico settore degli appalti** e formati un totale **127** dipendenti.

Nel 2020 si sono proposti due Corsi, accreditati ECM, sul Conflitto di interessi. In particolare, il primo corso-131-37041 "Il conflitto di interessi nel processo di controllo, vigilanza, ispezioni, sanzioni", che è stato completato da **92** partecipanti, dedicato principalmente a Medici, Veterinari e Tecnici d'Ambiente del Dipartimento di Prevenzione; il secondo evento-131-37039 "Il conflitto di interessi in

ambito sanitario”, che è stato completato da **127** partecipanti, soprattutto Medici e Dirigenti Sanitari ospedalieri. A causa della “Pandemia” si è rinunciato alla classica forma di lezioni in Aula, e mantenendo la durata di 4 ore di lezione, si è proposto la 1^ e la 3^ lezione in “webinar” e la 2^ in “FAD”. Le iniziative, concluse per chi ha potuto seguire il calendario ufficiale il 18 ed il 25 novembre, sono state registrate e sono state fruibili sino al 30.12.20, in tutto o per le parti non seguite nei tempi previsti.

Sul fronte della diffusione della cultura della integrità, della legalità e della trasparenza, la CN1 ha realizzato il **Codice di comportamento “LeAli”** aderendo, nel 2015, alla campagna di valorizzazione dei codici di comportamento delle aziende sanitarie promossa da “Libera” del “Gruppo Abele”. Libretto, integrato con gli aggiornamenti approvati con la deliberazione n. 28 del 31 gennaio 2017, è stato costantemente consegnato dalla SCI Gestione Risorse Umane a tutti i neoassunti, sia dipendenti sia specialistici ambulatoriali convenzionati. Esauriti i Codici “LeAli”, questo Servizio ha provveduto a realizzare un **proprio libretto**, che riporta il testo del Codice aggiornato.

Come già ricordato nel paragrafo della Trasparenza nel 2020 la Struttura per la Prevenzione della Corruzione ha collaborato con quella della Trasparenza alla redazione dello “spot” per la giornata dell’”International Anti-Corruption Day”.

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 01/11/2019 – 31/10/2020, emerge quanto segue:

Segnalazioni ricevute dall’UPD nel periodo 01/11/2019 – 31/10/2020	5
archiviazioni disposte all’esito del procedimento disciplinare:	==
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare: 4 sospensioni dal servizio con privazione della retribuzione rispettivamente 1 per 3 mesi e 3 per 5 gg.	4
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare: una multa di € 300,00	1
procedimenti sospesi ex art. 55 ter del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.	==
procedimenti in corso di istruttoria al 31/10/2020	==
pratiche trasmesse per competenza ai Direttori di struttura	==

Sempre ai fini del monitoraggio, come negli anni precedenti, in vista della Relazione “sull’attuazione del Codice di Comportamento”, 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 01/10/2019 – 30/09/2020:

Monitoraggio attuazione codice di comportamento	2020
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.)	3
Comunicazioni interessi finanziari e conflitto di interesse all’atto dell’assegnazione all’ufficio (art. 6 Cod. Comp.)	10
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.)	0
Elogi da parte di utenti esterni o interni	265
Segnalazioni/reclami da parte di utenti che lamentano un inadeguato comportamento in servizio nei confronti del personale dipendente o convenzionato	32
Segnalazioni al RPC tramite il canale dedicato al whistleblowing	3

La quasi totalità dei Direttori/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, oltre che dal PTPCT, in particolare, sull’obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi e sugli adempimenti conseguenti.

Molti Direttori/Responsabili di struttura, oltre ad aver apprezzato ed espresso pareri favorevoli in riferimento all’attività di formazione realizzata finora in Azienda, hanno suggerito di continuare ad

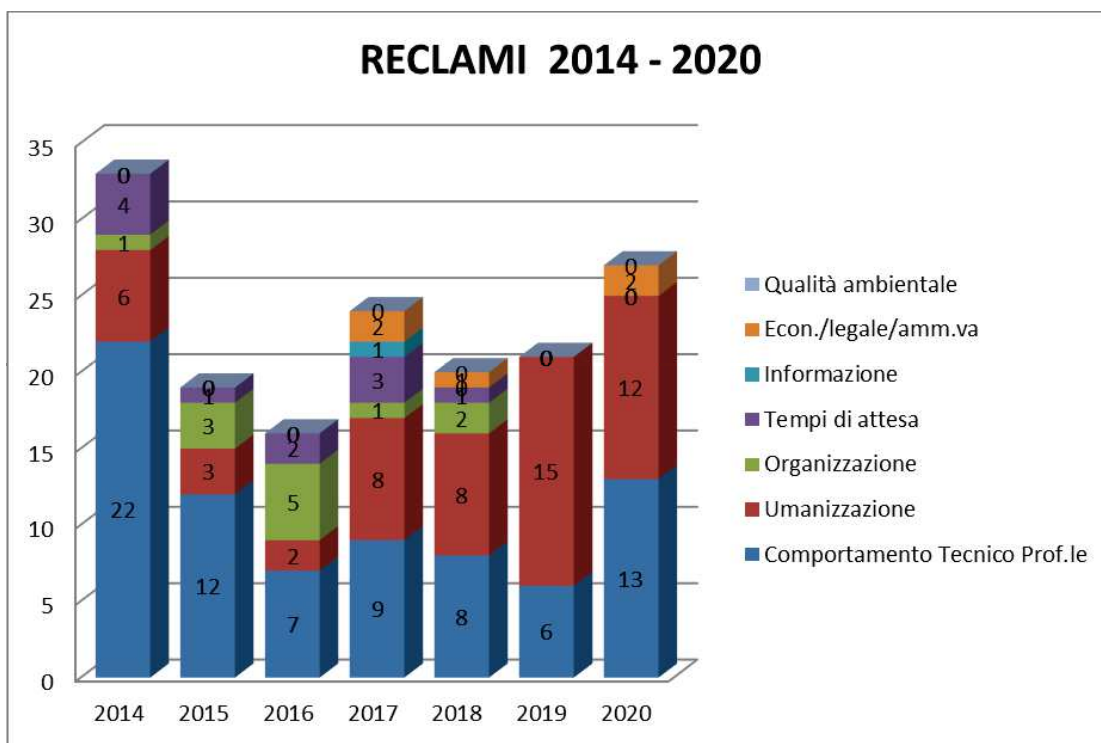
organizzare corsi di approfondimento riferiti a specifici settori/attività potenzialmente esposti al fenomeno della corruzione. Hanno raccomandato inoltre di proporre eventi formativi, che accrescano la professionalità negli ambiti di competenza e che rafforzino l'osservanza degli obblighi di integrità, correttezza, lealtà, trasparenza del dipendente pubblico sia tra colleghi che nei confronti dell'Utenza. Alcuni di essi suggeriscono di evidenziare maggiormente nei corsi di formazione le sanzioni previste dal codice disciplinare in caso di violazione o elusione delle regole contenute nel Codice di Comportamento.

Altri, ancora, ritengono utile qualche approfondimento di tipo filosofico sui temi dell'etica, dell'integrità e sul rispetto del Codice disciplinare con l'indicazione di una bibliografia da mettere a disposizione dei dipendenti; infine, c'è chi propone approfondimenti formativi puntuali sulle conseguenze nella Sanità Pubblica dei comportamenti corruttivi ed elusivi dell'integrità.

Dalle relazioni annuali e/o dalle schede di monitoraggio del comportamento dei dipendenti è ancora emersa la necessità da parte di alcuni Responsabili di Struttura di approfondire i temi sull'etica e sulla buona amministrazione, programmando degli incontri anche con rappresentanti dell'Autorità Giudiziaria.

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, 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 ottobre 2016 evidenziava 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 rispettivamente soli 19 e 16 reclami. Nel 2017 si osservò un lieve innalzamento a 24 reclami; negli anni 2018 e 2019 erano calati rispettivamente a 20 e 21. Nel 2020 i reclami sono di nuovo lievemente saliti a 27. Nel sotto riportato istogramma vengono rappresentati i reclami pervenuti negli ultimi sette anni suddivisi in base alla categoria della classificazione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.



Procedimenti disciplinari

Nel 2020 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 e 2018, una unità in più rispetto alle 4 dell'anno passato, 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

Come risulta dal prospetto tratto del Conto Economico Nuova Aggregazione ministeriale (c.d. Grafico FEC), nel confronto fra i dati del Bilancio Consuntivo anno 2018, quelli del Bilancio Consuntivo 2019, sono in aumento di 2,095 milioni di euro.

Voce di CE nuova aggregazione	Consuntivo 2019	Consuntivo 2018	Variazione Assoluta	Variazione Relativa
Totale costi gestione ordinaria	559.056	556.961	2.095	0,38%

Di seguito si dettagliano gli aumenti di costo più importanti:

- a) Il costo dei prodotti farmaceutici PHT acquistati dalla ASL capofila e riaddebitati, che presenta un valore superiore di 1,388 milioni di euro rispetto all'anno 2018;
- b) L'acquisto farmaci (distribuzione diretta) per 970 mila euro;
- c) La voce Personale dipendente che presenta un aumento di 2.312 mila euro (+1,17%). L'incremento di costo è dovuto alla definizione del nuovo contratto della dirigenza sanitaria medica e non medica;
- d) L'acquisto di prestazioni di servizi, che presenta un incremento di 1.058 mila euro (+4,47%), dovuto principalmente agli aumenti:
 - del conto 3100388 "Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico - Altri enti (Extraregione)" per 377 mila euro;
 - del conto 3100417 "118 Emergenza sanitaria" per 347 mila euro;
 - del conto 3102116 "Acquisto di prestazioni di laboratorio delle ASR piemontesi dalle aziende sanitarie regionali di riferimento per concentrazione di attività di laboratorio", che accoglie le attività di laboratorio che l'A.O. S. Croce e Carle riaddebita all'ASL CN1, con un incremento rispetto al Bilancio Consuntivo anno 2018 pari a 368 mila euro.

Le diminuzioni di costo più importanti sono invece le seguenti:

- a) La voce Specialistica che presenta un decremento di 155 mila euro (-1,75%) dovuto alla cessazione di rapporti di lavoro di medici veterinari convenzionati assunti con rapporto di

lavoro dipendente.

- b) La voce Integrativa che presenta un decremento di 755 mila euro (-9,08%)
- c) La voce Accantonamenti, che presenta una riduzione di 2.344 mila euro (-29,92%) per effetto soprattutto della cessata necessità di appostare in bilancio risorse per il rinnovo dei contratti nazionali del personale dipendente della dirigenza sanitaria medica e non medica di cui al conto 3101615 (valore 2018 di 1.166 mila euro), il cui costo 2019 è già stato imputato sui conti del personale (31006) e alla riduzione degli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi regionali.

- d) I costi per il godimento di beni di terzi presentano una diminuzione di 429 mila euro (-7,62%)

Il dato anno 2020 non è ancora disponibile. La proiezione al 31 dicembre 2020 del dato relativo al III trimestre per i costi della gestione ordinaria è pari a 562,59 milioni di euro, ma risulta inficiata dal fatto che dal mese di ottobre 2020, con il manifestarsi della seconda ondata pandemica, alcuni costi per acquisto di beni indispensabili a fronteggiare l'emergenza hanno subito un notevole incremento dovuto anche alla disposizione regionale che ha imposto la creazione di scorte di magazzino per circa 6 mesi.

Il bilancio di previsione 2020 versione uno (deliberazione n. 560 del 31/12/2019) prevedeva manovre di efficientamento per 0,24 milioni di euro.

Le attività di efficientamento proseguono e verranno valutate, dalla Regione Piemonte, nell'ambito degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

I fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico del personale – anno 2020

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 deliberazioni n. 222 del 24/03/2021, n. 266 del 15/04/2021 e n. 330 del 18/05/2021, è stato quantificato in via definitiva l'ammontare dei fondi contrattuali per l'anno 2020, sia per il Personale del Comparto che 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 Sanità (che include Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari) e per l'Area Dirigenziale Funzioni Locali, nonché degli accordi annuali aziendali sottoscritti con le OO.SS. relativi ai fondi 2020 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 Area Sanità, della Dirigenza Area Funzioni Locali e del Personale del Comparto, relativi all'anno 2020.

DIRIGENZA AREA SANITA'	
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DEGLI INCARICHI - ART.94 CCNL 19/12/2019 – UNICO DAL 01/01/2020, AI SENSI DEI COMMI 1 E 2 DEL MEDESIMO ARTICOLO	
Totale fondo definitivo 2020	14.083.647,92
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DELLE CONDIZIONI DI LAVORO - ART.96 CCNL 19/12/2019 - UNICO DAL 01/01/2020, AI SENSI DEI COMMI 1 E 2 DEL MEDESIMO ARTICOLO	
Totale fondo definitivo 2020	2.740.759,17
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO - ART.95 CCNL 19/12/2019 - UNICO DAL 01/01/2020, AI SENSI DEI COMMI 1 E 2 DEL MEDESIMO ARTICOLO	
Totale fondo definitivo 2020	6.763.354,09
TOTALE FONDI DEFINITIVI 2020	23.587.761,18

AREA DIRIGENZA FUNZIONI LOCALI	
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO TRATTAMENTO E INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA – ART.90 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo definitivo 2020	740.338,14
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO - ART. 91 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo definito 2020	489.534,82

FONDO PER TRATTAMENTI ACCESSORI – ART. 91 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo definito 2020	12.197,71
TOTALE FONDI DEFINITIVI 2020	1.242.070,67

PERSONALE DEL COMPARTO			
Descrizione	Fondo art.81 (premieria e fasce)	Fondo art.80 (trattamento accessorio e incarichi)	TOTALE FONDI DEFINITIVI 2020
Fondi definitivi 2020	13.893.570,82	11.206.079,46	25.099.650,28

Per quanto concerne la ripartizione della retribuzione di risultato, l'Azienda ha informato a suo tempo le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità, ai sensi del vigente C.C.I.A., in merito ai budget retribuzione di risultato 2020, 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 2020 e relativi allegati.

Analoga informativa non è stata richiesta dalle OO.SS. dell'Area Dirigenziale Funzioni Locali, nell'ambito della quale non si riscontrano peraltro significative modifiche rispetto ai budget di risultato definiti per i dirigenti non responsabili di struttura negli anni precedenti.

RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2020

Allegato 1 - informativa su risultato 2020 - 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	4,00	380,00	34.800,00
S.C. Anestesia Rianimazione Mondovì	11,92	2.145,00	164.450,00
S.C. Anestesia Rianimazione Savigliano	17,58	2.958,00	230.230,00
S.S.D. Fisiopatologia Respiratoria	3,67	686,00	52.105,00

S.C. Cardiologia Mondovì	7,33	697,00	63.800,00
S.S. Cardiologia Riabilitativa	2,58	194,00	19.375,00
S.C. Cardiologia Savigliano	14,08	1.554,00	135.482,00
S.C. Chirurgia Generale Mondovì	11,42	1.208,00	105.432,00
S.C. Chirurgia Generale Savigliano	14,95	1.558,00	131.365,00
S.C. Oncologia	8,00	633,00	62.000,00
S.S. Oncologia Mondovì	1,00	157,00	12.400,00
S.C. Diabetologia territoriale	4,70	354,00	35.375,00
SS.CC. di Direzione Sanitaria Mondovì e Savigliano	4,58	523,00	45.084,00
S.C. Distretto Sud-Ovest	4,25	408,00	37.230,00
S.C. Distretto Nord-Est	3,25	243,00	24.375,00
S.C. Distretto Nord-Ovest	2,83	212,00	21.250,00
S.C. Distretto Sud-Est	1,70	165,00	15.000,00
S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 (Sovrazonale)	16,00	1.750,00	153.000,00
S.C. Maxiemergenza 118 (Regionale)	2,83	283,00	25.500,00
S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità	1,00	75,00	7.500,00
S.S.D. Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria	3,00	285,00	26.100,00
S.S. Medicina Trasfusionale	6,00	680,00	58.800,00
S.S. Laboratorio Analisi	5,17	689,00	56.834,00
S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano	8,00	808,00	72.417,00
S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì + obi (Iacobucci)	11,50	1.167,00	104.500,00

S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Sud	7,75	581,00	58.125,00
S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Nord	7,72	578,00	57.945,00
S.C. Lungodegenza Fossano + S.C. Neuroriabilitazione Fossano	7,00	675,00	61.500,00
S.C. Medicina Interna Mondovì	7,47	752,00	59.500,00
S.C. Medicina Interna Ceva	5,70	615,00	51.300,00
S.C. Medicina Interna Saluzzo	8,33	888,00	78.250,00
S.C. Medicina Interna Savigliano	6,92	730,00	64.500,00
S.C. Medicina del Lavoro	3,00	260,00	24.600,00
S.C. Medicina Legale	10,83	813,00	81.250,00
S.C. Nefrologia Dialisi Mondovì	8,42	801,00	73.225,00
S.C. Neurologia Savigliano	7,00	642,00	59.500,00
S.C. Neurologia Mondovì	5,00	458,00	42.500,00
S.C. Neuropsichiatria Infantile	4,46	260,00	39.664,00
S.C. Oculistica Savigliano + Ermini	6,50	618,00	56.550,00
S.C. Ortopedia Traumatologia Mondovì	6,25	709,00	61.250,00
S.C. Ortopedia Traumatologia Savigliano	12,00	1.200,00	108.000,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Mondovì	5,17	535,00	47.592,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	2,33	175,00	17.500,00
S.C. Otorinolaringoiatria Savigliano	4,50	338,00	33.750,00
S.C. Pediatria Mondovì	5,00	459,00	42.500,00
S.C. Pediatria Savigliano	9,75	1.024,00	90.675,00

S.C. Psichiatria Area Sud	14,38	1.265,00	119.155,00
S.C. Psichiatria Area Nord	10,40	780,00	78.000,00
S.C. Radiologia Mondovì	7,92	732,00	67.670,00
S.C. Radiologia Savigliano	13,67	1.306,00	119.350,00
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	10,50	789,00	79.035,00
S.C. Urologia	10,75	990,00	91.649,00
S.C. S.I.A.N.	4,00	300,00	30.000,00
S.C. S.I.S.P.	8,75	1.021,00	87.500,00
S.C. S.PRE.S.A.L	4,98	374,00	37.419,00
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale	21,50	2.103,00	190.675,00
SC Igiene degli Allevamenti delle Produzioni Zootecniche	16,17	1.318,00	127.550,00
S.C. Sanità Animale	54,10	4.135,00	405.813,00
S.C. P.M.P.P.V.	0,33	25,00	2.500,00
TOTALE	489,89	48.061,00	4.340.396,00

RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2020

Allegato 2 - informativa su risultato 2020 - dirigenti sanitari

Struttura	Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente	Orario negoziato per obiettivi prestazionali	Budget dirigenti non responsabili di struttura
SS Fisica Sanitaria	1,42	89,00	9.575,00
Medicina Lavoro / Medico Competente	1,00	45,00	5.700,00
SS Farmacia Territoriale	3,00	225,00	22.500,00
SC Farmacia Ospedaliera	6,97	664,00	60.735,00

S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	4,32	317,00	31.986,00
SC Anatomia Patologica	1,00	100,00	9.000,00
Lab. Analisi Microbiologia MDV	1,92	167,00	15.717,00
SC Psichiatria nord	2,00	154,00	15.200,00
SC Psichiatria sud	2,00	154,00	15.200,00
SSD Servizio di psicologia e psico-patologia dello sviluppo	4,70	353,00	35.250,00
Neuropsichiatria infantile Cuneo Mondovì	11,60	809,00	83.520,00
SSD Consulitori familiari	0,70	41,00	4.550,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	2,00	117,00	13.000,00
S.C. S.I.A.N.	1,33	60,00	7.600,00
TOTALE	43,96	3.295,00	329.533,00

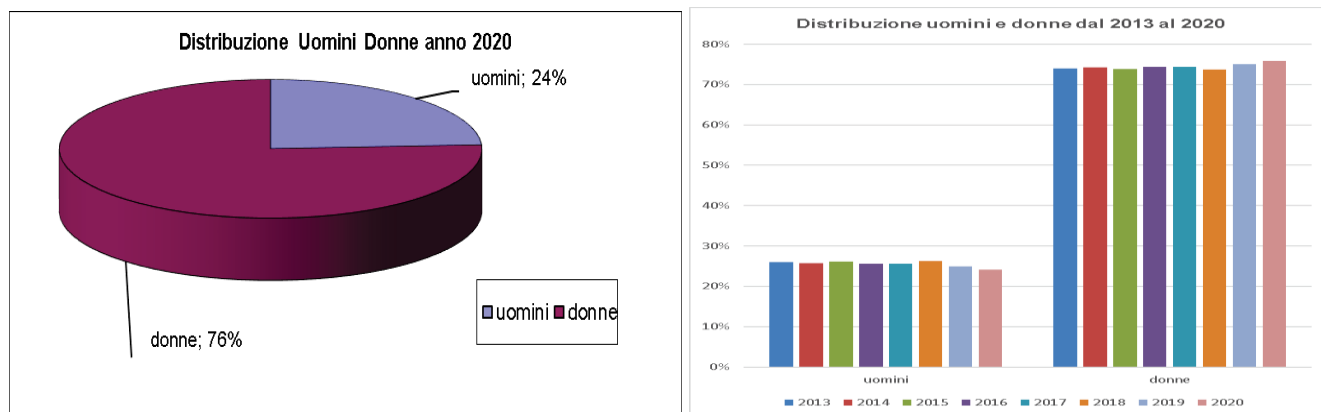
5. Pari opportunità

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 2020 il personale dipendente, in servizio a tempo indeterminato e determinato risulta essere così composto:

Situazione di genere



Composizione per fasce di età



Seguono le ulteriori tabelle fornite dall'ufficio risorse umane sulla distribuzione del personale per genere e in particolare:

TABELLA 1.2 – RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE, ETA' E TIPO DI PRESENZA

Tipo di presenza	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Totale	%	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Totale	%
Tempo Pieno	63	141	217	350	154	925	97,7%	268	429	554	832	117	2200	73,8%
Part Time >50%			2	7	1	10	1,1%	1	38	265	340	33	677	22,7%
Part Time <50%		1	5	5	1	12	1,3%		2	28	69	4	103	3,5%
Totale	63	142	224	362	156	947	100%	269	469	847	1241	154	2980	100%
Totale %	7%	15%	24%	38%	16%	100%		9%	16%	28%	42%	5%	100%	

Nota metodologica – la modalità di rappresentazione dei dati è quella individuata da RGS e che si trova al link <https://www.contoannuale.mef.gov.it/struttura-personale/occupazione>

TABELLA 1.3 - POSIZIONI DI RESPONSABILITA' REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE

Tipo Posizione di responsabilità	UOMINI		DONNE		Totale	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
incarichi coordinamento	8	17%	34	23%	42	21%
posizioni organizzative	40	83%	117	77%	157	79%
Totale personale	48	100	151	100	199	100
Totale %	24%		76%		100%	

TABELLA 1.4 - ANZIANITA' NEI PROFILI E LIVELLI NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER ETA' E PER GENERE

	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Total e	%	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Total e	%
Inferiore a 3 anni	61	69	25	10		165	17%	250	166	59	26	1	502	17%
Tra 3 e 5 anni	1	12	5	2	3	23	2%	16	40	20	5		81	3%
Tra 5 e 10 anni	1	28	19	11	5	64	7%	2	75	30	14	2	123	4%
Superiore a 10 anni		33	175	339	148	695	73%	1	188	738	1196	15	2274	76%
Totale	63	142	224	362	156	947	100%	269	469	847	1241	154	2980	100%
Totale %	7%	15%	24%	38%	16%	100%		9%	16%	28%	42%	5%	100%	

Nota Metodologica – è stato inserito il numero di persone per classi di anzianità di permanenza per ciascun profilo e classe di età

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 2020 si è aperto con l'approvazione del Piano della Performance, il suo aggiornamento ad ottobre 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 e-mail del 21/01/2021, 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 20 febbraio 2021 per far pervenire le relazioni alla S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance. Nel corso dei primi mesi dell'anno 2021, 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.

Nella seduta del 16/03/2021, 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 262 del 13/04/2021 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, tra le 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 e della Trasparenza.

La Relazione viene adottata con apposita deliberazione della Direzione Generale entro il 30/06/2021 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 2020. 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. Successivamente 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 2021.

Nell'ottica di armonizzare i contenuti della performance con le tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione, nel corso del 2020 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 degli atti – anno 2020", trasmesso in data 20/04/2021 prot. 44921 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.

Nonostante il perdurare della grave emergenza sanitaria, con l'utilizzo prioritario delle risorse finanziarie, umane, strutturali ecc.. convogliate al controllo della pandemia, grazie alla collaborazione di tutti e a un sistema di comunicazione efficace fra i servizi aziendali, si è avuto un pieno raggiungimento degli obiettivi.

Tenuto conto che il contesto emergenziale si è dimostrato complesso e dalle dinamiche sconosciute, sia in termini di diffusione sia di cura, l'eccezionale attività svolta a tutti i livelli per rispondere all'emergenza del COVID 19 è frutto della sinergia messa in opera per offrire la risposta più adeguata possibile alla situazione, con un rapido e continuo allestimento logistico per la presa in carico di tutti i pazienti positivi, l'adeguata formazione del personale e la corretta applicazione dei protocolli operativi COVID 19, ministeriali e regionali, unitamente alla messa in sicurezza di professionisti e pazienti COVID e non COVID.

Il pieno raggiungimento degli obiettivi è quindi riscontrato nell'attenzione che è stata costante ed impegnata, con risposta pronta ed adeguata alle necessità quotidianamente emergenti, da parte di tutte le unità operative coinvolte.

Il giudizio pienamente positivo per ciascun obiettivo e per ciascuna unità operativa è stato poi confermato dall'OIV, che ha dato atto che il Sistema di misurazione e valutazione della performance è stato applicato correttamente, sia sotto il profilo procedurale, sia sotto il profilo sostanziale, determinando, come dalle valutazioni agli atti, un'equa valutazione del merito e delle professionalità in risposta all'emergenza COVID 19, validando positivamente tutte le schede di budget con percentuale di performance calcolata pari al massimo delle attese.

7. Allegati

- Delibera n. 262 del 13/04/2021 “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2020 da parte delle strutture dell’ASL CN1”;
- Verifica Finale Budget 2020 – Obiettivi per struttura;
- Relazione annuale 2020 attività del CUG.