



# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASL CN1**

---

## **ANNO 2021**



*Un obiettivo è un sogno con un punto d'arrivo.  
(Duke Ellington)*

## **Premessa**

*La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2021 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: è un documento che riassume un anno, condiviso con il Collegio di Direzione e il Consiglio dei Sanitari e raccolto dall'esperienza e dai risultati di tutte le Strutture aziendali.*

*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: misurare i risultati, anche ai fini di effettuare la successiva misurazione e valutazione, determina la necessità di fissare, in fase di programmazione, gli obiettivi, di stabilire delle grandezze, cioè degli indicatori in grado di rappresentarli e di rilevare sistematicamente, ad intervalli di tempo definiti, il valore degli indicatori. Aver definito il ciclo della performance è un punto di forza del percorso già avviato negli anni dall'ASLCN1, concatenando i diversi livelli di programmazione e correlandola con la realizzazione, la valutazione, il controllo e la rendicontazione.*

*Anche per l'anno 2021, l'emergenza da COVID-19 che a partire dal 2020 ha condizionato e sconvolto l'intera collettività, ha continuato a far sentire i suoi effetti, seppur in maniera più*

*attenuata. La gestione delle attività istituzionali aziendali ha iniziato una lenta ripresa mantenendo l'attenzione sul contenimento del contagio epidemiologico e soprattutto sulla prevenzione della diffusione attraverso le diverse fasi della campagna vaccinale.*

*Ancora una volta la struttura della performance ha risentito della risposta all'epidemia e ovviamente ad una ridefinizione non solo delle modalità operative con l'impossibilità di incontrarsi ha impedito la fase di negoziazione degli obiettivi ma anche della progettualità complessiva.*

*Va inoltre sottolineato come l'Azienda, con deliberazione n.501 del 20/07/2021 abbia voluto costituire un gruppo di lavoro per la gestione della Valutazione Partecipativa.*

*Le valutazioni positive complessivamente ottenute nel corso del 2021 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, nel rispetto di tutti i livelli assistenziali, dalla prevenzione (vaccinazioni, tracciamento,...) al territorio (con le USCA, i distretti, l'assistenza domiciliare) all'ospedale (nella gestione dei reparti, continuamente riorganizzati per far fronte all'emergenza, e nella progettazione della ripresa delle attività)*

*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

<b>1. Introduzione e presentazione del documento .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Il contesto esterno di riferimento .....</b>	<b>11</b>
2.1.1 Territorio e contesto demografico .....	11
2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno .....	12
<b>2.2 L'Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti .....</b>	<b>19</b>
2.2.1 Il personale .....	19
2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti .....	25
<b>2.3 Progetti di miglioramento della qualità percepita .....</b>	<b>44</b>
<b>2.4 La Valutazione partecipativa .....</b>	<b>46</b>
<b>3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti .....</b>	<b>47</b>
3.1 Monitoraggio infrannuale .....	55
3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici .....	56
3.3 La Performance Organizzativa .....	57
3.3.1 Obiettivi pienamente/sostanzialmente raggiunti .....	59
3.4 La Performance Individuale .....	62
3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2021 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento .....	66
3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2021– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali .....	67
3.5 Risultati 2021 su Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione .....	75
3.5.1 Trasparenza .....	75
3.5.2 Prevenzione della Corruzione .....	77
<b>4. Risorse, efficienza ed economicità .....</b>	<b>85</b>
<b>5. Pari opportunità .....</b>	<b>92</b>
<b>6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance .....</b>	<b>94</b>



## 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, n. 651 del 15/12/2020 e n. 759 del 21.12.2021 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'attenzione all'emergenza epidemiologica da COVID 19, come si è detto ha portato alla definizione degli obiettivi di budget per l'anno 2021 articolati e formalizzati secondo le modalità aziendali, tenendo ancora conto della situazione sanitaria che si è concentrata maggiormente sulla effettuazione dei tamponi e sulla somministrazione dei vaccini presso gli hub territoriali.

Il sistema degli obiettivi risulta pertanto descritto nel Piano della Performance per l'anno 2021, adottato con delibera n. 63 del 26/01/2021 e ridefinito con delibera n. 621 del 29/09/2021, che costituiscono i documenti programmatici con i quali, 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.

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 2021, non è ancora ritornato al pieno regime operativo da parte di tutta la struttura aziendale poiché risente ancora della caratterizzazione dell'emergenza COVID 19 che, il 2020, ha impedito le normali attività e ha imposto uno nuovo scenario che non è ancora arrivato alla completa ripresa di tutta l'attività e di tutti i servizi erogati a favore della popolazione.

Come detto, la situazione emergenziale ha determinato la necessità della rimodulazione del sistema degli obiettivi: i Servizi sanitari, ancora in prima linea sono stati maggiormente coinvolti nella prevenzione per quanto concerne le vaccinazioni ed i tamponi. I reparti hanno iniziato la

ripresa delle attività ambulatoriali e chirurgiche. Le Strutture amministrative hanno cercato di ritornare all'attività in presenza, ricorrendo, ove non possibile, allo smart working.

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 danno origine al pagamento della quota di risultato così come indicato al capitolo 4 "Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi" dal Piano della Performance 2021, secondo le seguenti fasce di strutturazione della Performance Organizzativa:

- 100% pienamente raggiunto
- >95% e <100% sostanzialmente raggiunto
- tra 60% fino a 95% parzialmente raggiunto
- <60% non raggiunto

La Direzione Generale con deliberazione n. 112 del 11/04/2022 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2021 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 2021.

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

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

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

### 2.1 Il contesto esterno di riferimento

#### 2.1.1 Territorio e contesto demografico

L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km<sup>2</sup>; il territorio di riferimento ricomprende 173 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 2020 è 412.226, con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (71 residenti per Km<sup>2</sup>).

#### RESIDENTI AL 31/12/2020 NEL TERRITORIO DELL'ASL CN1 (aggiornato con dati BDDE 10.05.22)

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
<b>Distretto SUD-OVEST</b>					
MASCHI	10.928	22.078	29.156	17.303	79.465
FEMMINE	10.413	20.693	29.054	21.247	81.407
<b>TOT.</b>	<b>21.341</b>	<b>42.771</b>	<b>58.210</b>	<b>38.550</b>	<b>160.872</b>
<b>Distretto SUD-EST</b>					
MASCHI	5.246	10.865	15.242	10.172	41.525
FEMMINE	4.984	9.787	14.938	12.385	42.094
<b>TOT.</b>	<b>10.230</b>	<b>20.652</b>	<b>30.180</b>	<b>22.557</b>	<b>83.619</b>
<b>Distretto NORD-OVEST</b>					
MASCHI	5.254	10.890	14.688	8.860	39.692
FEMMINE	4.873	9.696	14.277	10.714	39.560
<b>TOT.</b>	<b>10.127</b>	<b>20.586</b>	<b>28.965</b>	<b>19.574</b>	<b>79.252</b>
<b>Distretto NORD-EST</b>					
MASCHI	6.476	12.414	16.991	9.239	45.120
FEMMINE	5.965	11.221	15.730	11.447	44.363
<b>TOT.</b>	<b>12.441</b>	<b>23.635</b>	<b>31.721</b>	<b>20.686</b>	<b>88.483</b>
<b>TOT.GEN.</b>					
MASCHI	27.904	56.247	75.077	45.574	204.802
FEMMINE	26.235	51.397	73.999	55.793	207.424
<b>TOT.</b>	<b>54.139</b>	<b>107.644</b>	<b>149.076</b>	<b>101.367</b>	<b>412.226</b>

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			
<b>31/12/2018</b>	416.511	89.442	79.478	85.296	162.295	587.213	4.328.565	59.816.673
<b>31/12/2019</b>	415.639	89.302	79.558	84.728	162.051	586.113	4.311.217	59.641.488
<b>31/12/2020</b>	412.226	88.483	79.252	83.619	160.872	581.798	4.274.945	59.236.213

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 5.171.894 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2020, 417.279 si trovano in Piemonte (8,07%), 60.153 in Provincia di Cuneo (1,16%), mentre 42.526 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,79%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
<b>31/12/2018</b>	40.953	60.262	411.083	4.996.158
<b>31/12/2019</b>	40.974	60.153	411.936	5.039.637
<b>31/12/2020</b>	42.526	62.193	417.279	5.171.894

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

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

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali, essi sono definiti con apposita delibera dall'Assessorato regionale annualmente. L'Assessorato Regionale ha trasmesso con DGR 8-2814 del 29/01/2021 ha individuato gli obiettivi relativi al primo semestre 2021 assegnando due schede che definiscono le priorità per l'anno 2021 e che sono state recepite con un peso importante negli obiettivi 2021 (nelle schede il peso riportato è pari 100% della quota di incentivazione prevista per il periodo 1° gennaio-30 giugno 2021). In esse è stato dato risalto all'impegno che la Regione chiede alle

Aziende Sanitarie per la gestione del piano pandemico, in particolare in due settori: le vaccinazioni anti-COVID e l'esecuzione dei tamponi. Nello schema seguente si riportano le caratteristiche dei due obiettivi:

N.ro	Obiettivo	Articolazione		
1	Area Prevenzione	1.1	Prevenire l'infezione da COVID 19 attraverso l'attività di vaccinazione	Numero di vaccinazioni effettuate/numero di vaccinazioni previste dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo. La valutazione viene effettuata con riferimento al periodo 1 gennaio-30 giugno 2021, con verifica settimanale e giornaliera)
		1.2	Prevenire l'infezione da COVID 19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi molecolari	1. Numero di tamponi effettuati/numero di tamponi previsti dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo, secondo indicazione del DIRMEI. Valore 60% del punteggio dell'obiettivo. 2. Numero di tamponi processati/standard aziendale di riferimento nel periodo, secondo indicazione dei DIRMEI. Valore 40% del punteggio dell'obiettivo

Successivamente l'Assessorato Regionale con DGR 13-3924 del 15/10/2021 ha definito gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per il secondo semestre del 2021 riproponendo gli obiettivi già assegnati nel primo semestre e integrandone di nuovi.

OBT N° DESCRIZIONE	SUB-OBIETTIVO	SPECIFICHE	Peso	
OBT 1 Gestione delle risorse strategiche	1.1 -Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva, semiintensiva e PS	1.1.1	Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2021 per la realizzazione dei pl di terapia intensiva	9
		1.1.2	Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2021 per la realizzazione dei pl di terapia semi-intensiva	
		1.1.3	Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2021 per l'adeguamento dei PS	

		<b>1.1.4</b>	Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive, terapie sub-intensive, Pronto soccorso (con riferimento a tabella allegata ad obiettivo)	
	<b>1.2 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale M6C1-PNRR</b>	<b>1.2.1</b>	Ricognizione siti idonei Case della Comunità (Cdc), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità (OdC) entro il 10 settembre 2021	4
		<b>1.2.2</b>	Individuazione siti di realizzazione concordati con la Direzione Sanità e Welfar per Cdc, COT e OdC entro il 1 dicembre 2021 (comprensiva di via, numero civico e località)	
	<b>1.3 - Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - M6C2 investimento 1.3 PNRR</b>	<b>1.3.1</b>	Conclusione degli interventi di digitalizzazione, archiviazione (secondo il modello regionale di riferimento) e alimentazione del FSE con le lettere di dimissione ospedaliera (LDO), i verbali di pronto soccorso (VPS), i referti di anatomia patologica ed i referti di radiologia (RIS) e relative immagini, per i quali è prevista altresì l'adesione alla piattaforma ROL e l'integrazione con i sistemi PACS - Trasmissione documentazione aziendale entro settembre 2021; Conferimento della documentazione sanitaria entro il 31.12.2021	4
		<b>1.3.2</b>	Relazione di sintesi sullo stato di implementazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in Televisita e definizione della programmazione delle attività per l'annualità 2022. Relazione di sintesi inviata entro il 31.12.2021. Adozione del Modulo Pago PA Mod 3 per le prestazioni prenotate a CUP entro il 30.11.2021	

	1.4 - Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	1.4.1	Aggiornamento tempestivo delle strutture in anagrafe regionale; Completezza delle strutture che rendicontano le attività nel flusso STS24 (con particolare riferimento all'assistenza domiciliare-flusso SIAD; assistenza residenziale e semiresidenziale-flusso FAR; assistenza psichiatrica, disabili psichici-fisici e malati terminali); Verifica della qualità dei dati dichiarati dalle strutture nel flusso STS24 (esempio verifica di coerenza dei dati dichiarati rispetto all'esercizio precedente). Completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS 24, ovvero assenza di correzione rilevata nell'annualità 2022 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2021. Riscontro tempestivo di eventuali rilievi segnalati dal Ministero per l'annualità 2020. Trasmissione al 31.12.2021 di una relazione delle attività svolte e Assenza di correzione rilevata nell'annualità 2022 rispetto ai dati dichiarati per l'annualità 2021	6
		1.4.2	Definizione degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per migliorare la performance aziendale desumibile dagli indicatori del Nuovo sistema di garanzia. Trasmissione del Piano degli interventi entro il 31.12.2021	
	1.5 - Accessibilità ai medicinali biologici	1.5.1	Biologici a brevetto scaduto-acquisti diretti e convenzionata. Spesa in regime di distribuzione diretta / DPC/CO (insulina glargine, bevacizumab, trastuzumab, rituximab, pegfilgrastim, adalimumab, etanercept, teriparatide, somatropina, follitropina alfa) e in regime di assistenza farmaceutica convenzionata (insulina lispro, teriparatide) nel periodo luglio-dicembre 2021-spesa di riferimento calcolata in base ai consumi rilevati nel I sem 2021 per il prezzo di aggiudicazione dei medicinali oggetto di valutazione (acquisti diretti) e al prezzo al pubblico (convenzionata): almeno il 60% del risparmio teorico con soglia minima al 40%.	2
	1.6 - Piano di rilancio delle attività di prevenzione	1.6.1	Trasmissione della relazione riepilogativa delle misure messe in atto per lo sviluppo delle azioni previste dal Panflu ("Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale" 2021-2023) e il recupero delle prestazioni dei dipartimento di prevenzione entro il 29.10.2021	2

		<b>1.6.2</b>	Trasmissione, entro il 31.12.2021, della relazione riepilogativa delle proposte di attività di prevenzione organizzate su base interaziendale per area di programmazione	
<b>OBT 2</b> Covid-19	<b>2.1</b> -Prevenire l'infezione da COVID 19 attraverso l'attività di vaccinazione	<b>2.1.1</b>	Numero di vaccinazioni effettuate/numero di vaccinazioni previste dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo.	35
		<b>2.1.2</b>	Numero di squadre vaccinali messe a disposizione da parte delle AO/AOU al DIRMEI. Le AO/AOU mettono a disposizione del DIRMEI il numero di squadre vaccinali richiesto dal DIRMEI. Il DIRMEI assegna le squadre vaccinali alle ASR che necessitano di un supporto nella vaccinazione. Le AO/AOU garantiscono la collaborazione richiesta, di settimana in settimana.	/
	<b>2.2</b> - Prevenire l'infezione da COVID 19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi	<b>2.2.1</b>	Numero di tamponi effettuati/numero di tamponi previsti dallo standard per Azienda Sanitaria (e a livello territoriale) nel periodo, secondo indicazione del DIRMEI. Valore 60% del punteggio dell'obiettivo.	15
		<b>2.2.2</b>	Numero di tamponi processati/standard aziendale di riferimento nel periodo, secondo indicazione del DIRMEI  Valore 40% del punteggio dell'obiettivo.	
<b>OBT 3</b> Accessibilità	<b>3.1</b> - Recupero delle prestazioni di ricovero di area medica e chirurgica	<b>3.1.1</b>	Per ricoveri tipo DRG = C: (dimissioni nel periodo dal 15/08/2020 al 31/12/2020 - dimissioni nel periodo dal 15/08/2019 al 31/12/2019) + (dimissioni 2021-dimissioni 2019) pari ai valori previsti per ricoveri di tipo C nell'Allegato B- Tabella B.2 della DGR 23 settembre 2020 n. 2-1980	5
		<b>3.1.2</b>	Per ricoveri tipo DRG = M: (dimissioni nel periodo dal 15/08/2020 al 31/12/2020 - dimissioni nel periodo dal 15/08/2019 al 31/12/2019) + (dimissioni 2021-dimissioni 2019) pari ai valori previsti per ricoveri di tipo M nell'Allegato B- Tabella B.2 della DGR 23 settembre 2020 n. 2-1980	

	3.2 - Recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	3.2.1	( n° prestazioni ambulatoriali nel periodo dal dal 15/08/2020 al 31/12/2020 -n° prestazioni ambulatoriali nel periodo dal 15/08/2019 al 31/12/2019) + (n° prestazioni ambulatoriali 2021-n° prestazioni ambulatoriali 2019) pari ai valori previsti perprestazioni ambulatoriali nell'Allegato B- Tabella B.2 della DGR 23 settembre 2020 n. 2-1980	10
		3.2.2	(numero agende pubbliche / numero agende totali)x 100 pari al 100% per le prime visite e al 75% della diagnostica (escludere consultorio, cure palliative, oncologica, dietetiche e nutrizione clinica, PDTA formalizzati e follow-up di evento acuto)	
OBT 4 Qualità dell'assistenza	4.1 - Area osteomuscolare	4.1.1	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni (indicatore calcolato su produzione e valutando il tempo a partire dall'arrivo in PS). Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dal ricovero o dall'accesso in PS/ Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore=Tasso aggiustato al 70% - Riferimento II semestre 2021	2
	4.2 - Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA-STEMI	4.2.1	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA (indicatore calcolato su tutela e calcolando l'esito dall'ora di ricovero o dall'ora di accesso in PS considerando un intervallo compreso entro i 90 minuti). Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni/Numero episodi di STEMI=Tasso grezzo >85% - Riferimento II semestre 2021	2
	4.3 - Appropriatezza nell'assistenza al parto	4.3.1	Criterio di accesso: 100% coerenza tra SDO e CEDAP N° parti con cesareo primario/N° parti con nessun pregresso cesareo pari al 20% per maternità di II livello e 15% per maternità di I livello (calcolo separato per ogni ospedale) Riferimento II semestre 2021	2
	4.4 - Donazioni d'organo	4.4.1	BDI = numero morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/N° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica: per un valore inferiore al 20%: obiettivo non raggiunto; per un valore compreso tra 20% e 40% obiettivo raggiunto in proporzione; valore superiore a 40% obiettivo raggiunto	2

	4.5 - Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	4.4.2	Opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero/segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al Presidio Ospedaliero (tasso inferiore al 33% complessivo per ASL)	
		4.4.3	n° donazioni di cornea obiettivo nel 2019/2 (3 donatori Mondovì e 3 donatori Savigliano)	
		4.5.1	Attivazione dei percorsi di fast-track in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASR	2
		4.5.2	Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding: differenza tra data-ora dimissione e data-ora indicazione al ricovero diversa da 0 (salvo casi specifici e considerati tutti gli accessi seguiti da ricovero nel periodo di riferimento) almeno per il 90% dei casi su base mensile (ottobre, novembre, dicembre 2021)	
<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>				<b>100</b>

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%.

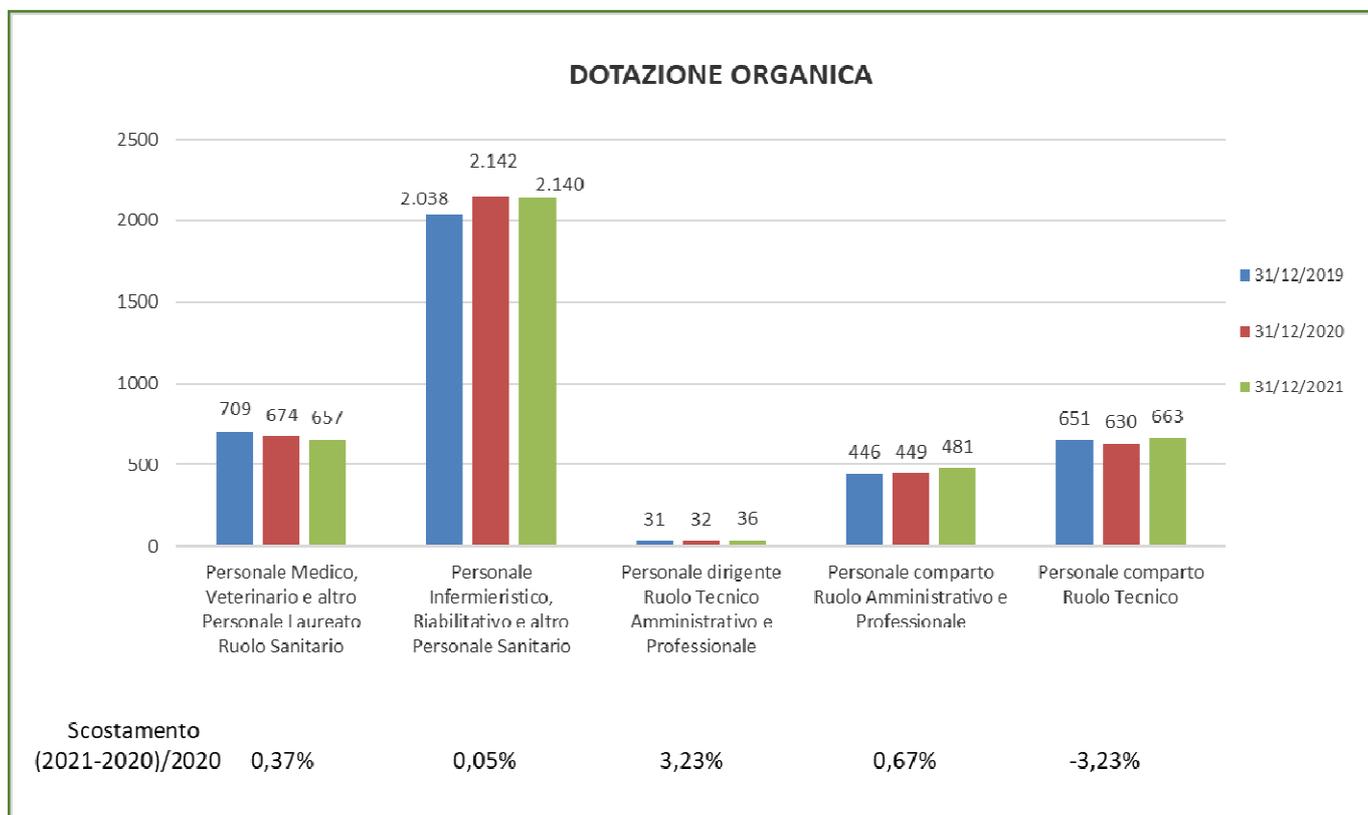
Nel provvedimento regionale, al fine di garantire una programmazione uniforme sul territorio regionale, viene sottolineata la necessità che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee 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 2021.

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

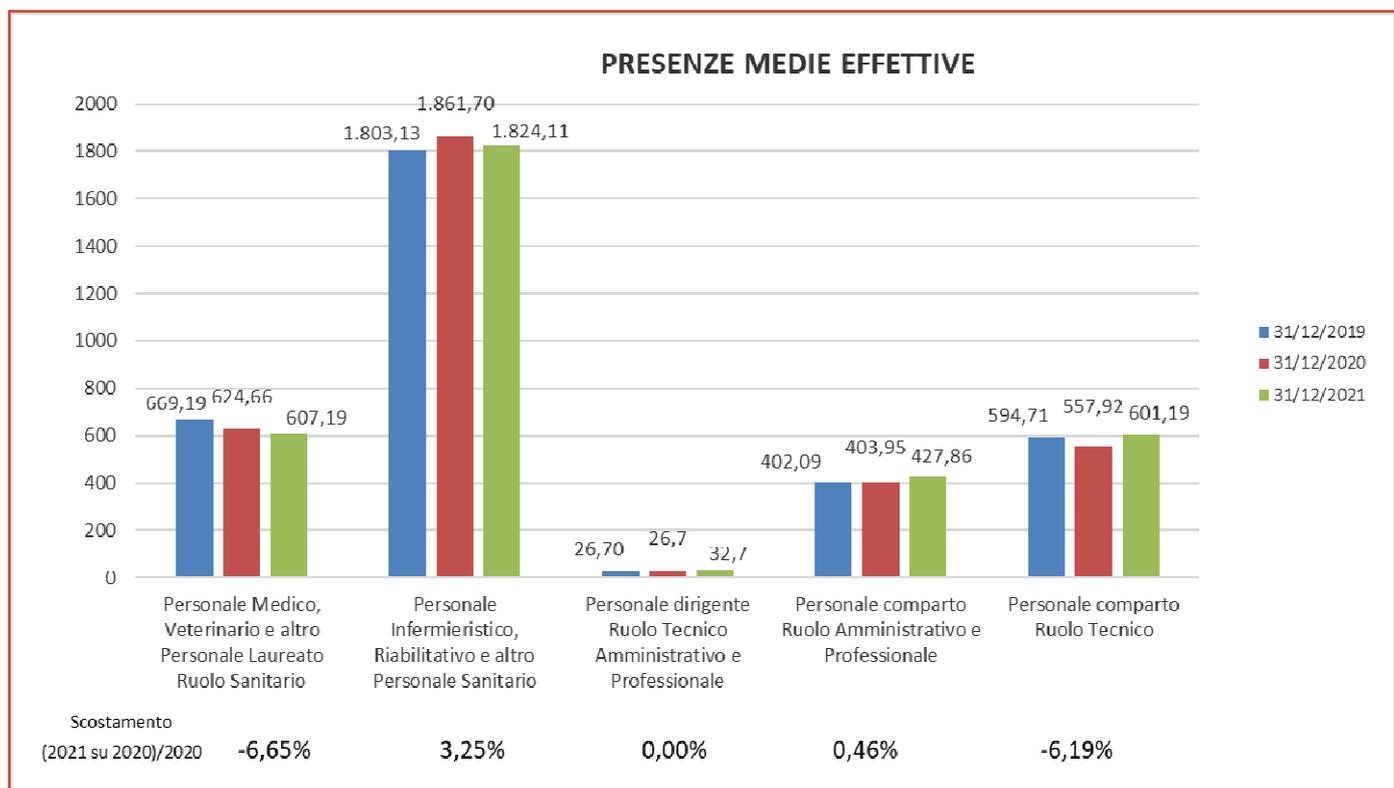
### 2.2.1 Il personale

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	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	709	674	657
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	2.038	2.142	2140
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	31	32	36
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	446	449	481
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	651	630	663
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>3.875</b>	<b>3.927</b>	<b>3.977</b>



<b>PRESENZE MEDIE EFFETTIVE</b>	<b>31/12/2019</b>	<b>31/12/2020</b>	<b>31/12/2021</b>
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	669,19	624,66	607,19
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	1.803,13	1.861,70	1824,11
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	26,70	26,70	32,7
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	402,09	403,95	427,86
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	594,71	557,92	601,19
<b>TOTALE</b>	<b>3.495,82</b>	<b>3.474,93</b>	<b>3.493,19</b>



## La formazione del personale dipendente

L'Azienda, in coerenza con le vigenti disposizioni contrattuali e di legge, ha dato attuazione alle norme sulle pari opportunità e ha promosso la formazione professionale dei lavoratori e il miglioramento della loro sicurezza nell'ambiente lavorativo.

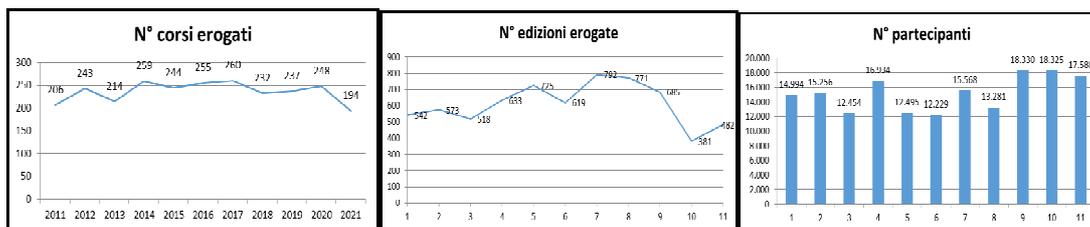
Nell'ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l'Azienda ha definito il Piano della Formazione per l'anno 2018, 2019, 2020 e 2021 approvati dalla Responsabile della SSD Formazione rispettivamente con Deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 20/02/2018, con Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 15/02/2019 e n. 121 del 28/02/2020 e per il 2021 con Deliberazione del Direttore Generale n. 181 del 16/03/2021. Nell'ambito di ciascun atto, è stata altresì individuata la dotazione totale assegnata alla formazione per il rispettivo anno di vigenza del Piano formativo.

Nel 2021 nonostante la pandemia epidemiologica da Covid-19 il numero di eventi formativi è rimasto in linea con quello degli anni precedenti focalizzandosi soprattutto sulle tematiche relative alla gestione dell'emergenza.

Per quanto riguarda la formazione in sede, nel corso dell'anno 2021, è possibile formulare le seguenti considerazioni:

- a fronte di 255 corsi progettati, ne sono stati erogati 194 di cui 118 residenziali, 33 formazioni sul campo, 23 corsi FAD, 1 corsi Blended e 19 corsi non accreditati per un totale di 482 edizioni e n. 17.588 partecipazioni;
- sono stati rilasciati n. 8.463 attestati con Crediti ECM e n. 2.609 attestati di partecipazione non ECM per un totale di n. 11.072;
- 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 2011-2013			Triennio formativo aa 2014-2016			Triennio formativo aa 2017-2019			Triennio formativo aa 2020-2022	
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>N° corsi</b>	206	243	214	259	244	255	260	232	237	205	194
<b>N° edizioni</b>	542	573	518	633	725	619	792	771	685	381	482
<b>N° partecipanti effettivi</b>	14.994	15.256	12.454	16.934	12.495	12.229	13.843	13.281	18.330	18.325	17.588



- facendo riferimento al dettaglio dei corsi di cui all'Allegato A che costituisce parte integrante della presente relazione e raggruppando i corsi sulla base degli ambiti e obiettivi indicati nella Delibera di programmazione n. 181/2021 è possibile sintetizzare i dati come indicato nella tabella seguente:

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		DOSSIER FORMATIVO	N° corsi svolti	N° edizioni svolte
<b>A</b> COMUNICAZIONE E RELAZIONE	7	La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato	1	area comunicazione e relazione	Obiettivi di Processo	2	2
	12	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	1	area comunicazione e relazione	Obiettivi di Processo	5	13
<b>B</b> SVILUPPO ORGANIZZATIVO E QUALITA'	1	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	9	area metodologica	Obiettivi di Sistema	3	4
	2	Linee guida - protocolli - procedure	9	area metodologica	Obiettivi di Sistema	4	4
	3	Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura	8	area qualità e risk management	Obiettivi di Processo	3	9
	11	Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	7	area gestionale e manageriale	Obiettivi di Processo	3	5
	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 acqui	6	area giuridico - normativa	Obiettivi di Sistema	4	9
<b>C</b> RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	6	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	8	area qualità e risk management	Obiettivi di Sistema	1	2
	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	Obiettivi di Tecnico professionale	28	64
<b>D</b> PREVENZIONE, CURE PRIMARIE E SALUTE	9	Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera	2	area cure primarie e cure domiciliari	Obiettivi di Processo	2	6
	10	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	19	area prevenzione e promozione della salute	Obiettivi di Tecnico professionale	4	4

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		DOSSIER FORMATIVO	N° corsi svolti	N° edizioni svolte
<b>M</b> 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.	3	area salute mentale	Obiettivi di Tecnico professionale	25	36
			4	area materno infantile e dell'adolescenza	Obiettivi di Tecnico professionale	4	3
			5	area delle dipendenze	Obiettivi di Tecnico professionale	1	1
	24	Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	Obiettivi di Tecnico professionale	4	5
<b>E</b> 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	Obiettivi di Tecnico professionale	22	149
<b>F</b> 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.	4	area materno infantile e dell'adolescenza	Obiettivi di Tecnico professionale	8	10
			11	area specialità chirurgiche	Obiettivi di Tecnico professionale	3	20
			12	area specialità mediche	Obiettivi di Tecnico professionale	10	23
			15	area diagnostica	Obiettivi di Tecnico professionale	4	8
			28	area riabilitazione	Obiettivi di Tecnico professionale	19	37
<b>G</b> EMERGENZA COVID	20	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissionale nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali	20	area igiene - sanità pubblica veterinaria	Obiettivi di Tecnico professionale	26	52
<b>TOTALI</b>						<b>190</b>	<b>482</b>

- 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 da cui si desume una ottima aderenza dei progetti formativi allo sviluppo professionale:

GRADIMENTO CORSO		anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014	anno 2015	anno 2016	anno 2017	anno 2018	anno 2019	anno 2020	anno 2021
7) Come valuta l'efficacia formativa dell'iniziativa formativa?	N	0,33%	0,42%	0,38%	0,43%	0,44%	0,48%	0,29%	0,22%	0,20%	0,0%	0,33%
	P	3,70%	3,61%	4,32%	3,74%	3,84%	3,17%	3,33%	3,28%	3,80%	1,44%	2,82%
	M	<b>52,39%</b>	<b>48,29%</b>	<b>47,39%</b>	<b>46,16%</b>	<b>45,98%</b>	<b>45,03%</b>	<b>43,59%</b>	<b>42,34%</b>	<b>54,44%</b>	<b>80,93%</b>	<b>57,14%</b>
	C	43,58%	47,67%	<b>47,90%</b>	<b>49,67%</b>	<b>49,74%</b>	<b>51,33%</b>	<b>52,79%</b>	<b>54,15%</b>	<b>41,56%</b>	17,63%	39,71%
8) Come valuta l'inserimento di questo evento nel suo programma di sviluppo professionale?	media	8,60	8,72	8,68	8,78	8,54	8,67	8,80	9,02	8,71	8,76	8,90

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	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ha impartito lezioni chiare?	3,74	3,75	3,77	3,80	3,78	3,80	3,81	3,85	3,76	3,43	3,46
Ha utilizzato una metodologia di lavoro efficace?	3,71	3,72	3,74	3,78	3,75	3,78	3,78	3,82	3,72	3,43	3,42
Ha risposto esaurientemente alle richieste di chiarimento?	3,73	3,74	3,77	3,80	3,78	3,80	3,81	3,84	3,79	3,44	3,45
Ha garantito la sua disponibilità alle esigenze dei partecipanti?	3,76	3,77	3,78	3,82	3,79	3,81	3,81	3,85	3,79	3,44	3,49
Ha creato un clima di lavoro sereno e coinvolgente?	3,75	3,76	3,78	3,81	3,79	3,80	3,81	3,85	3,79	3,43	3,47
<b>Media</b>	<b>3,74</b>	<b>3,75</b>	<b>3,77</b>	<b>3,80</b>	<b>3,78</b>	<b>3,80</b>	<b>3,80</b>	<b>3,84</b>	<b>3,77</b>	<b>3,43</b>	<b>3,46</b>

Considerato che, per quanto attiene la formazione fuori sede, nel corso dell'anno 2021 sono state autorizzate le attività come descritto nell'Allegato B della Deliberazione n. 163/2022;

Considerato, inoltre, 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 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 per il periodo 2020-2021, 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	Corsi in sede		Prov. Piemonte		Fuori Sede		Totale Crediti	Media Crediti
			Partecipazioni	Crediti	Partecipazioni	Crediti	Partecipazioni	Crediti		
DIRIGENZA MEDICA	666	530	1.440	7.728	142	1.432	852	11.927	21.087	31,66
DIRIGENZA SP	69	62	288	1.458	8	52	97	1.696	3.206	46,46
DIRIGENZA TA	41	29	108	0	11	0	6	0	0	0,00
COMPARTO SANITARIO	2.258	2.003	5.664	42.120	307	4.760	2.587	59.328	106.208	47,04
COMPARTO NON SANITARIO	1.251	855	2.136	0	14	0	22	0	0	0,00
<b>TOTALE</b>	<b>4.285</b>	<b>3.479</b>	<b>9.636</b>	<b>51.306</b>	<b>482</b>	<b>6.244</b>	<b>3.564</b>	<b>72.951</b>	<b>130.501</b>	<b>30</b>
CONVENZIONATO	752	289	719	4.941	72	602	163	3.516	9.059	12,05
<b>TOTALE</b>	<b>752</b>	<b>289</b>	<b>719</b>	<b>4.941</b>	<b>72</b>	<b>602</b>	<b>163</b>	<b>3.516</b>	<b>9.059</b>	<b>12</b>

## 2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti

### Il Presidio Ospedaliero

#### PREMESSA

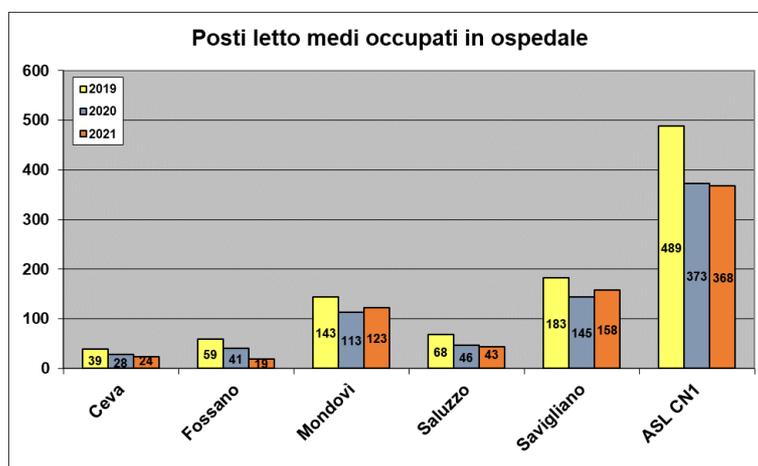
Nei paragrafi seguenti sono riportati i grafici e le tabelle relativi all'attività sanitaria dell'ASL CN1, il fabbisogno espresso dai suoi residenti e le componenti di mobilità attiva e passiva riferiti al triennio 2019-2021. A differenza degli anni precedenti, sono stati messi a confronto tre anni, per consentire di mettere in evidenza l'andamento del 2021 sia rispetto al 2019, periodo pre-COVID, sia rispetto al 2020, primo anno della pandemia. Come di consueto, gli anni considerati sono stati rappresentati in forma di confronto, ma è indispensabile fornire alcune informazioni preliminari per consentire una corretta chiave di lettura dei dati esposti.

Come già per il 2020, la pandemia COVID e il suo andamento spesso imprevedibile, hanno determinato una situazione di produzione e di mobilità passiva nel triennio assolutamente anomali; pertanto, i dati non potranno essere accompagnati da commenti analitici specifici, i quali si sostanziano, per tutte le tipologie di attività, nelle considerazioni contenute 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 ciclicamente 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. Inoltre, nel 2021 molte risorse di personale dell'ASL, a differenza di quanto successo per le Aziende Ospedaliere e per le strutture private accreditate, sono state impiegate per le attività di *contact tracing*, esecuzione dei tamponi diagnostici e soprattutto per la campagna vaccinale, rendendo quindi molto difficile un significativo recupero della produzione, soprattutto per quanto riguarda l'attività di ricovero.

Per le motivazioni sopra descritte, la produzione dell'ASL CN1 del 2021 ha registrato soltanto un leggero aumento rispetto a quella del 2020, mentre la mobilità passiva (soprattutto verso l'A.O. S. Croce e Carle e i privati accreditati), pur non tornando ai livelli del 2019, è notevolmente incrementata.

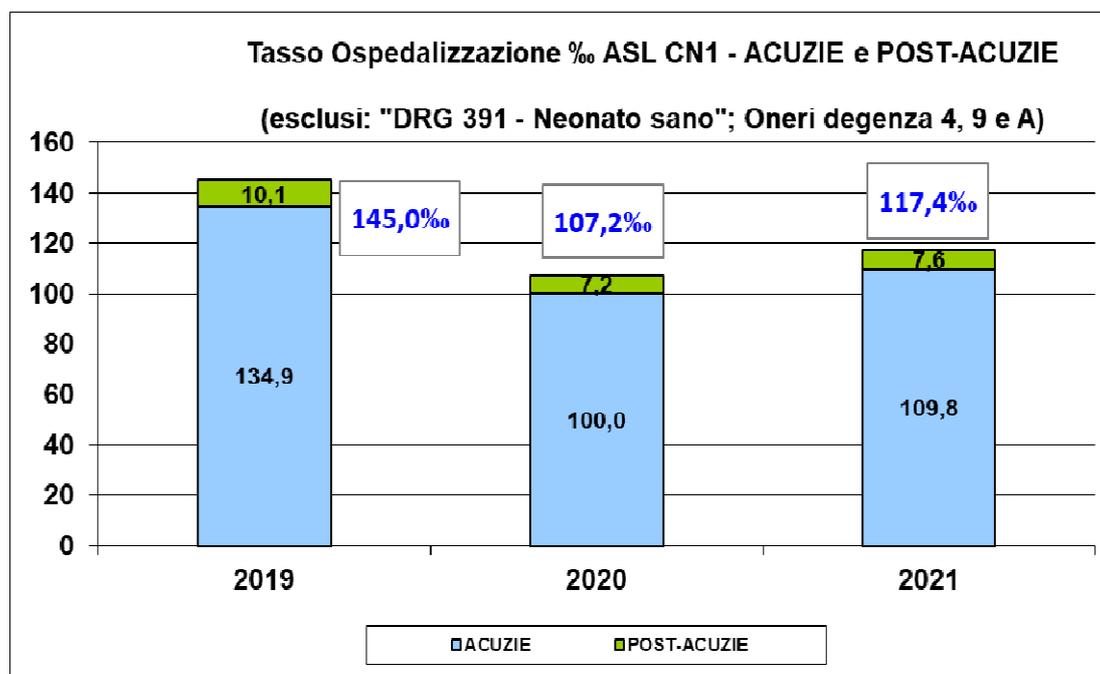
### Posti letto

Nel grafico sottostante è dettagliata l'occupazione media giornaliera dei posti letto ospedalieri nel triennio 2019-2021:

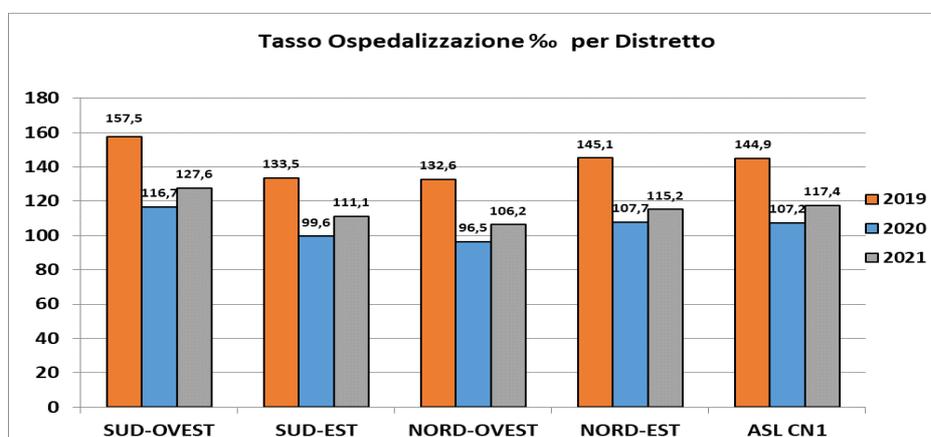


### Tasso di Ospedalizzazione

Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione è, anche per il 2021, relativo al 2020, in quanto l'ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per macroarea di ricovero e nel secondo per Distretto.

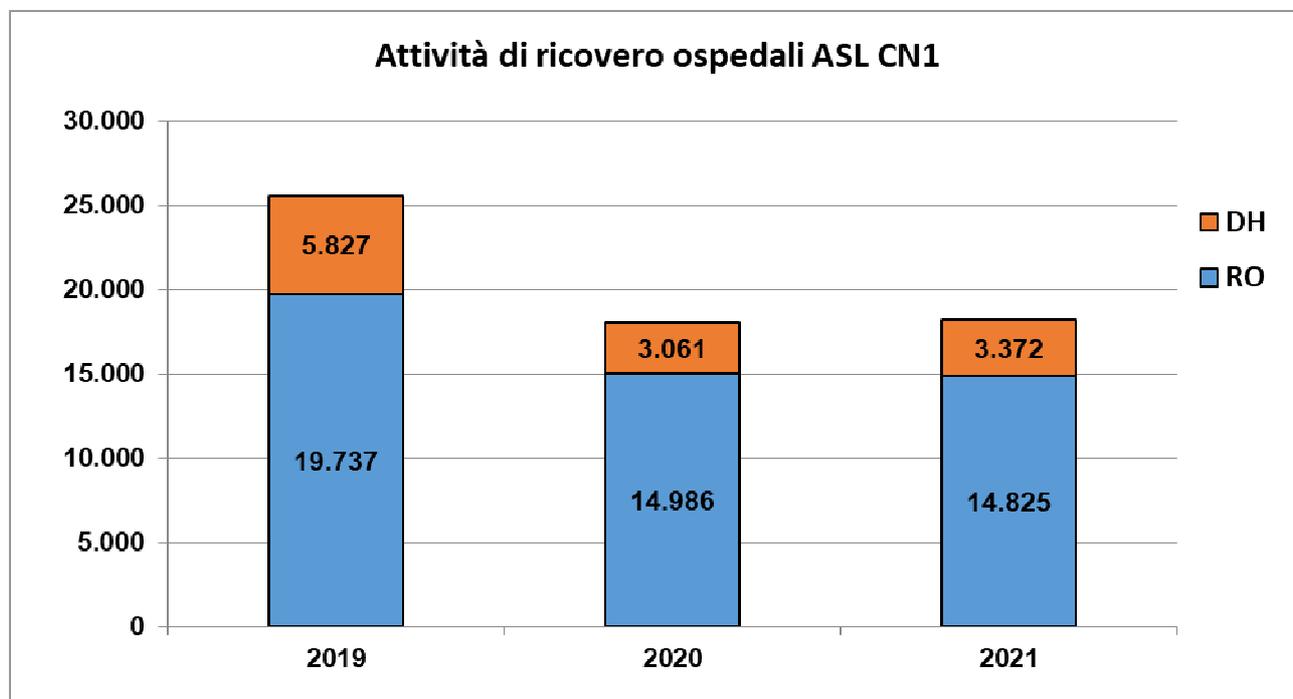


Nel 2021, per quanto si sia registrato un moderato rialzo del tasso di ospedalizzazione rispetto al 2020, oltre alla consistente e diffusa riduzione del tasso di ospedalizzazione rispetto al 2019, di cui è già stata fornita spiegazione nella premessa, si segnala, come già in passato, una differenza abbastanza 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, 2020 e 2021.



### **Produzione ricoveri 2019-2021 (CASI)**

PRESIDIO	2019			2020			2021			2021 vs. 2020	
	R.O.	DH	Totale	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	8.540	1.726	10.266	-535	-4,95%
Area SUD	7.700	2.209	9.909	6.003	1.243	7.246	6.285	1.646	7.931	685	9,45%
<b>TOTALE</b>	<b>19.737</b>	<b>5.827</b>	<b>25.564</b>	<b>14.986</b>	<b>3.061</b>	<b>18.047</b>	<b>14.825</b>	<b>3.372</b>	<b>18.197</b>	<b>150</b>	<b>0,83%</b>

### Produzione ricoveri 2019-2021 (VALORE)

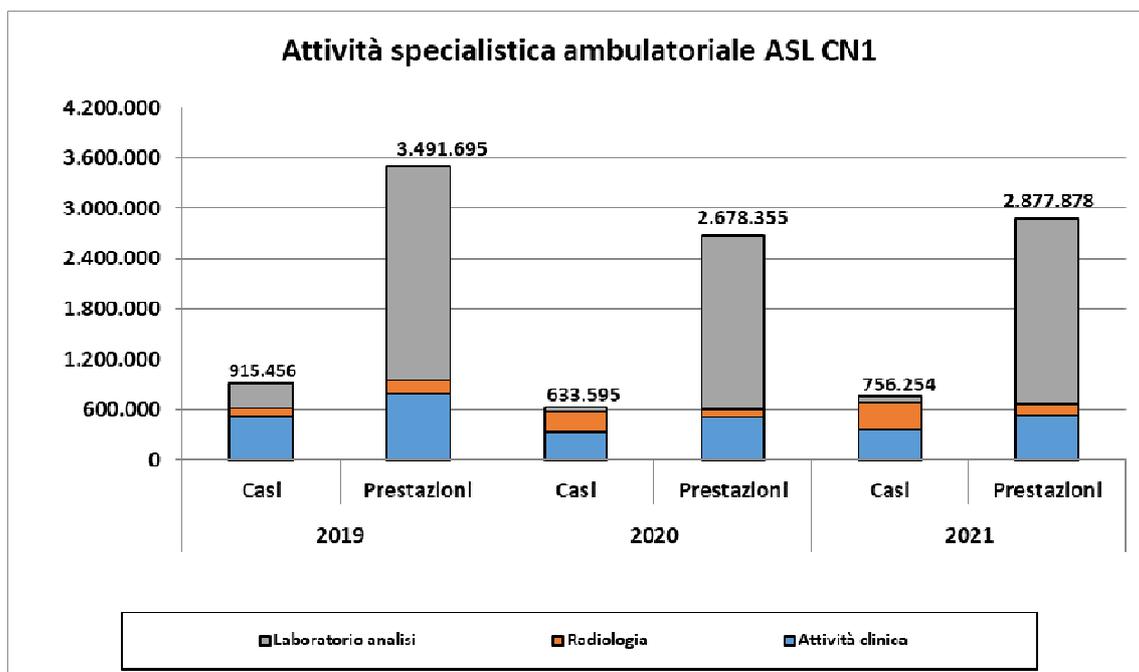
PRESIDIO	2019			2020			2021			2021 vs. 2020	
	R.O.	DH	Totale	R.O.	D.H.	TOT.	R.O.	D.H.	TOT.	Valore	%
Area NORD	43.339.021	4.562.828	47.901.849	34.675.344	2.140.253	36.920.856	33.876.800	2.173.020	36.049.820	-871.036	-2,36%
Area SUD	28.127.190	2.801.871	30.929.061	22.282.503	1.520.172	23.895.879	23.636.685	2.125.662	25.762.346	1.866.467	7,81%
<b>TOTALE</b>	<b>71.466.211</b>	<b>7.364.699</b>	<b>78.830.909</b>	<b>56.957.847</b>	<b>3.660.425</b>	<b>60.816.735</b>	<b>57.513.485</b>	<b>4.298.682</b>	<b>61.812.167</b>	<b>995.432</b>	<b>1,64%</b>

### Mobilità intraregionale ricoveri 2019 - 2021 (CASI)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2020	2021	2021 vs. 2020	
					N°	%
Mobilità Attiva	Area NORD	2.566	1.978	1.500	-478	-24,2%
	Area SUD	586	352	375	23	6,5%
	<b>TOTALE</b>	<b>3.152</b>	<b>2.330</b>	<b>1.875</b>	<b>-455</b>	<b>-19,5%</b>
Mobilità Passiva	ASO Cuneo	28.221	21.201	23.052	1.851	8,7%
	Altro	13.097	10.318	11.565	1.247	12,1%
	<b>TOTALE</b>	<b>41.318</b>	<b>31.519</b>	<b>34.617</b>	<b>3.098</b>	<b>9,8%</b>

### Mobilità intraregionale ricoveri 2019 - 2021 (VALORE)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2020	2021	2021 vs. 2020	
					N°	%
Mobilità Attiva	Area NORD	7.522.231	6.457.865	5.483.390	-974.475	-15,1%
	Area SUD	1.983.625	1.217.816	1.231.534	13.719	1,1%
	<b>TOTALE</b>	<b>9.505.856</b>	<b>7.675.681</b>	<b>6.714.925</b>	<b>-960.756</b>	<b>-12,5%</b>
Mobilità Passiva	ASO Cuneo	98.392.553	79.208.350	88.064.146	8.855.796	11,2%
	Altro	51.525.150	43.206.038	49.448.423	6.242.385	14,4%
	<b>TOTALE</b>	<b>149.917.703</b>	<b>122.414.388</b>	<b>137.512.569</b>	<b>15.098.181</b>	<b>12,3%</b>



Di seguito vengono inoltre riportate le tabelle con l'analisi della mobilità attiva e passiva della specialistica ambulatoriale, entrambe in aumento rispetto al 2020:

### Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2019-2021

TIPO MOBILITA'	2019		2020		2021		2021 vs. 2020			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa
Intraregionale	134.801	2.506.651	100.908	1.371.225	125.556	1.819.913	24.648	24,4%	448.688	32,7%
Extra-regionale	87.179	1.328.491	42.909	676.982	53.468	799.500	10.559	24,6%	122.518	18,1%
<b>TOTALE</b>	<b>221.980</b>	<b>3.835.142</b>	<b>143.817</b>	<b>2.048.208</b>	<b>179.024</b>	<b>2.619.413</b>	<b>35.207</b>	<b>24,5%</b>	<b>571.206</b>	<b>27,9%</b>

### Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2019-2021

EROGATORE	2019		2020		2021		2021 vs. 2020			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa
ASO Cuneo	1.573.706	32.792.244	1.230.892	28.145.590	1.480.431	33.016.716	249.539	20,3%	4.871.126	17,3%
Altro	311.465	7.713.111	266.462	6.685.029	300.761	7.867.287	34.299	12,9%	1.182.258	17,7%
<b>TOTALE</b>	<b>1.885.171</b>	<b>40.505.355</b>	<b>1.497.354</b>	<b>34.830.619</b>	<b>1.781.192</b>	<b>40.884.003</b>	<b>283.838</b>	<b>19,0%</b>	<b>6.053.384</b>	<b>17,4%</b>

### Accessi Pronto Soccorso 2020-2021 (produzione ASL CN1)

CODICE COLORE	2019	2020	2021	2021 vs. 2020
Bianco - Non urgenza	10.435	2.446	2.493	47
Verde - Urgenza minore	85.936	51.626	55.885	4.259
Giallo - Urgenza	9.969	7.204	7.687	483
Rosso - Emergenza	781	725	671	-54
<b>Totale</b>	<b>107.121</b>	<b>62.001</b>	<b>66.736</b>	<b>4.735</b>

La riduzione del numero di accessi registrata nel 2020 e 2021, 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 e ancora di più nel 2021, in ottemperanza a specifiche disposizioni regionali, sono state a lungo chiuse le sedi di Pronto Soccorso degli ospedali di Ceva e Saluzzo, rimanendo quindi permanentemente attive solo le sedi DEA degli ospedali cardine 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		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
SUD OVEST	147	157	163	55.799	55.184	56.054	153	151	154
SUD EST	60	63	64	21.869	22.066	22.066	60	60	60
NORD OVEST	44	45	55	15.910	16.751	16.790	44	46	46
NORD EST	91	95	106	31.651	34.116	35.047	87	93	96
	<b>342</b>	<b>360</b>	<b>388</b>	<b>125.229</b>	<b>128.117</b>	<b>129.957</b>	<b>343</b>	<b>350</b>	<b>356</b>

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2019	2020	2021
SUD OVEST	41.602	42.694	42.808
SUD EST	13.565	12.362	13.305
NORD OVEST	10.828	10.585	10.256
NORD EST	17.173	17.605	18.066
	<b>83.168</b>	<b>83.246</b>	<b>84.435</b>

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI									
DISTRETTO	POSTI LETTO OCCUPATI			GIORNATE DI DEGENZA			POSTI LETTO MEDI OCCUPATI		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
SUD OVEST	480	469	508	171.898	169.227	180.713	471	462	495
SUD EST	297	258	364	107.695	99.565	95.247	295	272	261
NORD OVEST	303	274	300	106.145	109.050	106.918	291	298	293
NORD EST	286	269	270	99.934	99.433	99.119	274	272	272
	<b>1.366</b>	<b>1.270</b>	<b>1.442</b>	<b>485.672</b>	<b>477.275</b>	<b>481.997</b>	<b>1.331</b>	<b>1.304</b>	<b>1.321</b>

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2019	2020	2021
SUD OVEST	1.653	1.295	322
SUD EST	0	30	60
NORD OVEST	2.837	500	156
NORD EST	476	135	0
	<b>4.966</b>	<b>1.960</b>	<b>538</b>

ATTIVITA' ALTA VALENZA SANITARIA			
CAVS	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2019	2020	2021
MONTESERRAT (Borgo e Caraglio)			
Robilante	35.512	22.675	14.050
Ospedali di Ceva, Mondovi e Saluzzo			
	<b>35.512</b>	<b>22.675</b>	<b>14.050</b>

OSPEDALE DI COMUNITA' DI DEMONTE (n. giornate di degenza)			
Distretto	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2019	2020	2021
Sud Ovest	3.648	3.021	3.000

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:

<b>Casi presi in carico</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>
<b>ADI+UOCP</b>	364	277	356
<b>ADI</b>	1.039	2.060	2.865
<b>ADP</b>	1.863	1.628	1.251
<b>SID</b>	7.399	7.613	334
<b>SRD</b>	296	29	7.575
	<b>10.961</b>	<b>11.607</b>	<b>12.563</b>

<b>Accessi</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>
<b>ADI+UOCP</b>	<b>8.963</b>	<b>5.880</b>	<b>4.960</b>
Fisioterapista	122	18	35
Infermiere	3.227	2.917	1.898
Infermiere U.O.C.P.	5.290	2.945	3.027
<b>ADI</b>	<b>30.107</b>	<b>31.803</b>	<b>33.401</b>
Fisioterapista	304	351	580
Infermiere	29.803	31.452	32.821
Infermiere U.O.C.P.	0	0	0
<b>ADP</b>	<b>10.686</b>	<b>7.251</b>	<b>9.510</b>

Fisioterapista	220	73	123
Infermiere	10.446	7.178	6.387
<b>SID</b>	<b>104.500</b>	<b>99.855</b>	<b>107.237</b>
Fisioterapista	1.118	622	1.203
Infermiere	103.312	99.233	105.944
Infermiere U.O.C.P.	0	0	0
<b>SRD</b>	<b>1.832</b>	<b>153</b>	<b>2.692</b>
Fisioterapista	1.567	111	2.238
Infermiere	265	42	454
	<b>155.764</b>	<b>144.942</b>	<b>154.800</b>

### Dati di attività relativi alle Cure Domiciliari

#### Utenti >=65 aa. in carico 2019-2021

DISTRETTO	Mono-professionale			Multi-professionale			Totale		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
<b>SUD OVEST</b>	497	431	837	2.694	3.244	3.281	3.191	4.081	4.118
<b>SUD EST</b>	396	430	333	1.998	2.535	2.717	2.394	2.965	3.050
<b>NORD OVEST</b>	209	460	417	1.874	2.184	2.250	2.083	2.644	2.667
<b>NORD EST</b>	262	848	741	1.845	2.075	1.987	2.107	2.923	2.728
<b>Totale ASL CN1</b>	<b>1.364</b>	<b>2.169</b>	<b>2.328</b>	<b>8.411</b>	<b>10.038</b>	<b>10.235</b>	<b>9.775</b>	<b>12.613</b>	<b>12.563</b>

### I dati del Dipartimento di Salute Mentale

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

n. 8	Centri di Salute Mentale	Cuneo, Boves, Dronero, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo, Savigliano
n. 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:

<b>Attività</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>
Utenti in carico	7.055	5.966	<b>5.418</b>
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	48.433	34.035	<b>36.820</b>
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	35.090	36.520	<b>32.665</b>
Borse lavoro (n. utenti)	240	174	<b>169</b>
Assegni terapeutici (n. utenti)	261	184	<b>206</b>

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.

<b>Gli SPDC del D.S.M.</b>	<b>N. posti letto</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	609	521	<b>540</b>
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	365	291	<b>295</b>
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	439	284	<b>313</b>
<b>Totale</b>	<b>48 pl</b>	<b>1.413</b>	<b>1.096</b>	<b>1.148</b>

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce inoltre direttamente:

- n. 3 Comunità Protette Psichiatriche S.R.P. 2 Livello 1 (Cussanio, 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
<b>Totale</b>	<b>2.459</b>	<b>2.419</b>	<b>1.731</b>	

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: <b>13.112</b>	Dati HTH: prestazioni psicologiche individuali: <b>2.651</b> prestazioni di gruppo: <b>302</b> somministrazione test: <b>20</b> prestazioni del Comparto: <b>9.510</b>	<b>25.595</b>

Anno 2019	Dati HTH globali visite mediche: <b>17.851</b>	Dati HTH: prestazioni psicologiche individuali: <b>4.894</b> prestazioni di gruppo: <b>674</b> somministrazione test: <b>75</b> prestazioni del Comparto: <b>11.783</b>	<b>35.277</b>
Anno 2018	Dati HTH globali visite mediche: <b>17.440</b>  ReportWeb10- visite mediche: <b>20.127</b>	Dati HTH: prestazioni psicologiche individuali: <b>4.793</b> prestazioni di gruppo: <b>528</b> somministrazione test: <b>62</b> prestazioni del Comparto: <b>12.009</b>  ReporWeb10: prestazioni non sanitarie: <b>16.019</b>	HTH: <b>34.832</b>  Report Web: <b>36.146</b>

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

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	Adolescenti	Intervento di aggancio precoce,	Incontri a	4 sedi in ASL:

(in collaborazione con DSM, consultorio, NPI)		valutazione, supporto e consulenza inter-servizi e per servizi extra-asl.	cadenza mensile nelle diverse sedi	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 2019 – 2020 – 2021

PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (proiezione al 31.12.2021)
BOVINI	404.310	432.082	395.491
SUINI	88.534	81.605	78.660
AVICOLI	835.730	806.757	857.362
EQUINI	1.258	1.414	1.023
OVI-CAPRINI	11.766	9.141	9.543
SELVATICI	952	839	702
SELVAGGINA	0	0	0
ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI	4.099	3.651	4.192

### AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale Dati di attività 2019 – 2020 – 2021

ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (proiezione al 31.12.2021)
BOVINI	250.841	240.453	260.712
SUINI	257.584	268.705	261.896
OVICAPRINI	25.028	21.800	28.048
AVICUNICOLI	11.727.416	10.275.676	10.332.780
EQUINI	37	30	46
CINGHIALI	24	18	161

**AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche**  
**Dati di attività 2019 – 2020 – 2021**

ATTIVITA'	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (proiezione al 31.12.2021)
<b>Ispezioni</b> (presso stabilimenti ed allevamenti)	2.789	2.539	2.098
<b>Audit</b> (presso attività produttive, presso allevamenti/stabilimenti)	38	13	35
<b>Campionamento</b> (numero campioni in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte)	1.458	1.357	1.052
<b>Atti Amministrativi</b> (certificati per export di merci, vidimazione registri, istruttorie riconoscimenti/registrazioni, diritti veterinari emessi)	4.797	5.108	5.806
Pareri (pratiche ambientali/pratiche sportello)	61	10	0

**SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione**  
**Dati di attività 2019- 2020 - 2021**

ATTIVITA'	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (proiezione al 31.12.2021)
<b>Ispezioni</b> (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	1.354	904	1.273
<b>Campionamenti</b> (alimenti e acque minerali – acque potabili) *a partire dal 2020 questa voce NON è stata conteggiata in quanto già presente nell'elenco attività			
<b>Audit</b> (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	15	9	8
<b>Campionamento</b> (alimenti - acque minerali - acque potabili)	2.232	1.930	2.126
<b>Atti Amministrativi</b> (certificati esportazione, notifiche temporanee, nr. istruttorie riconoscimenti/registrazioni)	4113	2.307	2.943
<b>Promozione salute</b> (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione):			
ore dedicate	241	39	37
nr. soggetti raggiunti	2.908	519	390

<b>Nutrizione</b> (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale)	nr. soggetti raggiunti	597	0	0
	pareri, sopralluoghi, riunioni	1.177	710	972
	ore dedicate	33	23	16
<b>Altre Autorizzazioni</b> (pareri pratiche ambientali e da SUAP)		119	92	70

**SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro**  
**Dati di attività 2019 – 2020 – 2021**

<b>ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b> (proiezione al 31.12.2021)
Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo	1.295	971	1.089
Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08)	4.158	2.794	5.443
Infortuni registrati	3.550	685	320
Inchieste infortuni concluse	43	24	20
Malattie professionali pervenute	115	56	73
Malattie professionali indagate	113	72	72
Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente	8	13	15
Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08	464	3.188	621

\*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 2019 – 2020 – 2021**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b> (proiezione al 31.12.2021)
Visite Mediche	5.297	1.797	1.690
ECG a riposo e da sforzo	5.290	1.807	1.690
Esame Urine	4.766	1.801	1.661
Spirometria	5.196	1.797	1.690
Certificazioni di idoneità/non idoneità	5.331	1.824	1.612

**Medicina Legale**  
**Dati di attività 2019 – 2020 – 2021**

ATTIVITA'	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (proiezione al 31.12.2021)
Patenti e Certificazioni	11.116	8.600	8.260
Porto d'Armi	845	460	780
Idoneità per il lavoro	1.819	2.200	1.720
Stati invalidanti	13.801	10.000	12.470
Certificazioni	212	130	80
Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti	30	15	26
Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni	470	446	477
Medicina necroscopica	4.742	5.300	5.800
Gestione del rischio clinico (Risk management) Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce	62	49	54

**P.M.P.P.V**  
**Dati di attività 2019 – 2020 – 2021**

ATTIVITA'	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021 (proiezione al 31.12.2021)
<b>Interventi</b> (disinfezione/disinfestazione, su animali vivi, su spoglie animali, di vigilanza, per apposizione marchi auricolari, per gestione emergenze, per sopralluoghi, per allerte alimentari, per trasporti, nr ingressi in stalla per prove diagnostiche)	2.527	1.948	2.851
<b>Interventi in reperibilità</b>	1.129	177	168
<b>Attività specifiche:</b> Nr. marchi auricolari duplicati	16.975	9.916	9.953
Ore di collaborazione	308	189	200
<b>Promozione della salute</b> (ore dedicate ad educazione sanitaria)	0	0	0

## SCREENING DI PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCREENING ONCOLOGICO "PREVENZIONE SERENA"				
PROGRAMMA N. 4				
TEST	INDICATORI	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Mammografia	n. inviti alla popolazione	53.185	34.503	54.685
	n. test effettuati	39.129	19.916	35.572
	% adesione al test (spontanee + lettera)	73,6	57,7	65,1
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.928	1.345	1.958
Pap-test/HPV	n. inviti alla popolazione	43.122	30.353	48.181
	n. test effettuati	25.687	12.904	23.644
	% adesione al test (spontanee + lettera)	59,6	42,5	49,1
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	3.083	3.457	3.562
Rettosigmoidoscopia	n. inviti alla popolazione	9.691	4.200	3.103
	n. test effettuati	3.204	988	1.250
	% adesione al test	33,1	23,5	40,3
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	301	256	248
FIT	n. inviti alla popolazione	25.479	15.113	24.236
	n. test effettuati	13.236	8.001	14.366
	% adesione al test	52,0	52,9	59,3
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.031	825	1.004

### 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 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 riorganizzato 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 nei verbali delle sedute del 26/11/2020 e del 29/11/21.

Nel corso del 2020 e del 2021 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 inizio marzo al 31 dicembre 2020 e 698 pazienti dal 01/01/2021 al 17/06/2021, 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 sondare la 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.

## 2.4 La Valutazione partecipativa

Con deliberazione n. 501 del 20.07.2021 è stato costituito il GRUPPO DI LAVORO PER LA GESTIONE DELLA “VALUTAZIONE PARTECIPATIVA” composto dalle seguenti figure aziendali:

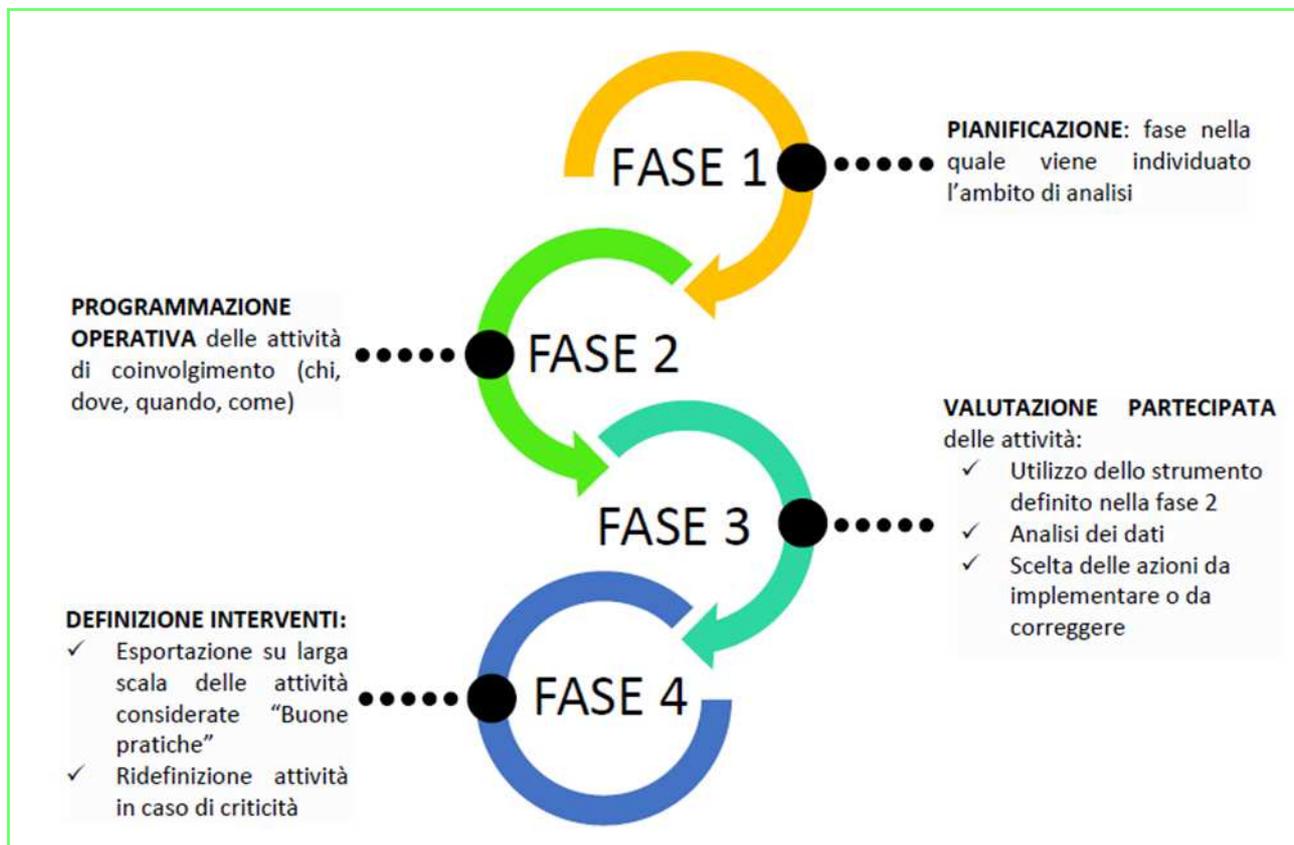
Responsabile Qualità o suo delegato	Coordinatore
Responsabile Affari Generali e Controlli Interni o suo delegato	Componente
Responsabile U.R.P. o suo delegato	Componente
Responsabile Strategie Aziendali e Ciclo Della Performance o suo delegato (anche in relazione al suo ruolo di Struttura di Supporto dell'OIV)	Componente
Responsabile Comunicazione e Ufficio Stampa o suo delegato	Componente
Servizio Ispettivo – Segreteria Organi e Uffici Collegiali	Componente con anche funzioni di segreteria

I compiti del gruppo di lavoro sono pertanto:

- descrivere il modello ai fini del suo recepimento nel SMVP, esplicitando i soggetti coinvolti, i ruoli, gli oggetti e le finalità del modello aziendale ASL CN1;
- descrivere le fasi del processo (mappatura stakeholder, selezione servizi e attività oggetto di valutazione e strumenti di coinvolgimento, selezione cittadini e/o utenti, definizione dimensioni di performance organizzativa, motivazione cittadini e/o utenti e dipendenti, valutazione attività e/o servizi) secondo la programmazione triennale stabilita nelle LG 4/2019;
- attuare le fasi secondo la programmazione stabilita.

Le finalità del documento sono prevalentemente il cambio di prospettiva in cui il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività, al fine di ridurre l'asimmetria informativa. L'attività di valutazione partecipativa consente

così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.



Questo progetto è stato perseguito proprio come ulteriore strumento per analizzare correttamente i bisogni direttamente dai destinatari degli stessi servizi, integrando la visione amministrativa con il punto di vista dei cittadini e degli utenti. L'analisi dei risultati della Valutazione Partecipativa sono quindi utili ai fini della programmazione futura e del miglioramento delle attività e delle prestazioni erogate rendendo trasparente e formale il coinvolgimento istituzionale.

### 3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Come descritto nel Piano della Performance 2021, 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, presentato nel SMVP e nel Piano della Performance, 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 e 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. 63 del 20/01/2021) si è proseguito con la programmazione delle che hanno continuato a dare rilievo all'emergenza pandemica, che ha stravolto il sistema complessivo della Sanità, modificando conseguentemente priorità, indirizzi, strutture e ruoli.

Nell'avvio dell'anno 2021 la programmazione ha avuto un orizzonte temporale limitato dall'attesa della conclusione dell'emergenza, quindi non annuale ma con un primo orizzonte temporale semestrale con un piano di attività e di obiettivi da perseguire in continuità con gli obiettivi già in essere. Massima attenzione è stata rivolta alla gestione dell'emergenza già definita nell'obiettivo del 2020 e quindi in linea con quanto previsto nell'aggiornamento del Piano 2020 (delibera n. 502 del 08/10/2020) come necessaria gestione dell'epidemia.

Del resto già a partire dal budget 2019 un grande sforzo è stato rivolto alla riduzione della quantità e numerosità degli obiettivi proposti, allo scopo di selezionare i principali indirizzi aziendali e focalizzare l'attenzione di tutti gli altri interlocutori del processo sulle priorità della strategia aziendale.

Tutta la programmazione delle attività è stata completamente rivoluzionata dagli eventi che si sono susseguiti a seguito dell'emergenza COVID 19: tutto è stato concentrato sull'obiettivo prioritario richiesto dall'emergenza: anche il processo di budget 2021 si sviluppa in parallelo su alcune linee di indirizzo che originano dagli obiettivi regionali e specifici che l'Azienda si pone, in base al proprio contesto strategico.

D'altra parte l'Azienda è tenuta ad ottemperare agli 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.

Il sistema del budget per l'anno 2021 può essere descritto in due fasi: una prima parte si è sviluppata nei primi mesi dell'anno ed è stata gestita dalla Direzione come prosecuzione naturale di quanto già fatto nel 2020. L'evolversi della situazione pandemica e il permanere della situazione di emergenza, con particolare riguardo al sistema delle vaccinazioni, ha quindi condizionato anche l'anno 2021, il sistema degli obiettivi di budget e la realizzazione di una programmazione con un

orizzonte temporale più ampio.

Infatti, con nota ID n. 7320701 del 16/12/2020 la Direzione Generale ha trasmesso una nota ai Direttori dei Dipartimenti, delle S.C. e S.S.D. per comunicare che visto il perdurare della grave emergenza per il COVID 19, per i primi mesi del 2021 gli obiettivi già definiti per il 2020, venivano prorogati in attesa che la situazione migliorasse e consentisse la realizzazione della consueta programmazione delle attività nel sistema di budget. Sono stati pertanto considerati come progetti da perseguire, sia come indicatori sia come target, quelli già sottoscritti per il 2020, presenti nelle schede firmate a settembre/ottobre 2020. Inoltre l'obiettivo "Emergenza Coronavirus" ha mantenuto la sua centralità operativa, con il medesimo contenuto già presente all'inizio 2020.

Con nota prot. 7548667 del 16/03/2021 la Direzione aziendale, ricordando che il sistema di budget è concentrato a rispondere alla necessità dell'emergenza, coinvolgendo tutto l'assetto aziendale e continuando nella riorganizzazione di tutte le attività sanitarie, assistenziali, amministrative e tecniche, ha rimarcato a tutte le Strutture aziendali la necessità di fornire il massimo contributo alle attività legate all'emergenza, concretizzando l'obiettivo del "Coronavirus" con due specifiche aree di azione:

- 1) Piena partecipazione a tutte le attività anti-covid-19 con particolare riferimento alla partecipazione attiva alla campagna vaccinale;
- 2) Partecipazione all'aggiornamento costante del Piano Pandemico aziendale.

Anche per l'anno 2021 non sono state organizzate le riunioni di negoziazione con le Strutture assegnatarie degli obiettivi di budget, si sono quindi trasmesse le schede, costruite secondo gli indirizzi del Piano della Performance, concentrati nella gestione dell'emergenza (vaccinazioni, riorganizzazione reparti, soluzione attività).

Nella seconda parte dell'anno, stante anche l'avvio della gestione della nuova Direzione Generale, l'Azienda, pur non gestendo la fase di negoziazione, ha voluto dare un nuovo impulso al sistema del budget.

Pertanto, nel corso della riunione del Collegio di Direzione del 28/06/2021 la Direzione Generale ha presentato le modalità di gestione dell'iter di budget 2021 con la trasmissione ai Direttori/Responsabili delle schede di budget 2021 da sottoscrivere a cura di ciascuna Struttura, firmate dai Direttori di Dipartimento e successivamente dalla Direzione Generale, il tutto

specificato con nota prot. 7803429 del 05/07/2021 che ha reso operativo il Ciclo di Performance 2021.

Tutte le schede sono pervenute alla S.S. Strategie Aziendali entro il mese di agosto 2021; successivamente nella riunione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari in data 22/09/2021, è stato presentato l'aggiornamento del Piano della Performance 2021 e approvato in data 29/09/2021 con deliberazione n. 621.

Anche per l'anno 2021, la Direzione ha deciso di non riproporre l'obiettivo legato alla contabilità analitica, al controllo delle attività erogate e ai costi (contenuto nella Scheda Risorse & Attività), si è invece aggiunto l'obiettivo sull'attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione come previsto dagli obiettivi della Regione Piemonte alle Aziende Sanitarie Locali.

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 pandemica, 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).

Come sempre, 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.

La Giunta regionale del Piemonte con la Deliberazione 12-3294 del 28 maggio 2021, ha nominato il nuovo Direttore Generale e ha definito gli attuali obiettivi di nomina da perseguire nel corso del periodo di incarico. La nomina è stata recepita da questa Azienda con deliberazione n. 369 del giorno 11/06/2021.

Gli obiettivi assegnati sono stati i seguenti:

Obiettivo di mandato	Descrizione	Relazionante
1. Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.	Gli Enti del SSR, in applicazione delle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative statali e regionali vigenti e delle risorse assegnate con DGR n. 31-877 del 23 dicembre 2019, sono tenuti ad assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale, sia in sede di adozione dei bilanci preventivi economici che in itinere nei conti economici trimestrali, nonché, in particolare, in sede di adozione del bilancio di esercizio aziendale a consuntivo, Per le Aziende territoriali l'obiettivo è previsto a livello di singolo presidio a gestione diretta ( inserito nella rete di E/U).	S.C. BILANCIO E CONTABILITA'.
2. Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed interventi.	Alla luce della DGR n. 110-9017 del 16 maggio 2019, con la quale è stato recepito il PNGLA per il triennio 2019-2021, l'obiettivo si prefigge di misurare la capacità di risposta tempestiva dell'Azienda nell'erogare prestazioni ambulatoriali.	S.S. MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PRIVATO ACCREDITATO.
3. Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale.	Dare attuazione all'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte – del Piano pandemico operativo Covid-19, sia territoriale che ospedaliero; i suoi punti cardine sono la revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie e per tutti gli attori coinvolti, l'individuazione delle misure da adottare per ogni fase e la definizione delle procedure di riferimento, nel presupposto di fornire risposte coordinate e sistemiche.	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE. S.C. S.I.S.P.

<b>Obiettivo di mandato</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Relazionante</b>
4. Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva	L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili.	S.C. FARMACIA OSPEDALIERA.
5. Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line		S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE.
6. Trasparenza	Rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. N. 171/2016.	S.C. AFFARI GENERALI. SS. SERVIZIO ISPETTIVO (in materia di trasparenza).

Questi obiettivi saranno oggetto di verifica di metà mandato attraverso la Relazione all'Assessorato Regionale che ha lo scopo di riferire 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, e stante il perdurare della situazione emergenziale, la programmazione regionale 2021 si è sviluppata in due tempi: innanzitutto con la D.G.R. n. 8-2814 del 29/01/2021 sono stati individuati gli obiettivi relativi al primo semestre 2021, relativamente alla gestione del piano pandemico con i parametri per l'esecuzione delle vaccinazioni e dei prelievi e per l'effettuazione dei tamponi (nelle schede il peso riportato è pari al 100% della quota di incentivazione prevista per il periodo 1° gennaio-30 giugno 2021).

I due obiettivi dell'area Prevenzione sono così strutturati:

1.1	Prevenire l'infezione da COVID 19 attraverso l'attività di vaccinazione
1.2	Prevenire l'infezione da COVID 19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi molecolari

Successivamente l'Assessorato Regionale con D.G.R. 13-3924 del 15/10/2021, ha completato la definizione degli obiettivi per l'anno 2021, e nell'allegato A) sono stati individuati gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per il secondo semestre del 2021 aggiungendo agli obiettivi dell'emergenza COVID anche quelli relativi alle altre attività. Gli obiettivi assegnati per l'anno 2021, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono quindi suddivisi nelle seguenti quattro aree:

### 1. GESTIONE DELLE RISORSE STRATEGICHE:

1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva e PS)
1.2	Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale M6C1-PNRR
1.3	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - M6C2 investimento 1.3 PNRR
1.4	Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
1.5	Accessibilità ai medicinali biologici
1.6	Piano di rilancio delle attività di prevenzione

### 2. COVID-19:

2.1	Prevenire l'infezione da Covid-19 attraverso l'attività di vaccinazione
2.2	Prevenire l'infezione da COVID 19 attraverso il prelievo e l'effettuazione di tamponi

### 3. ACCESSIBILITÀ:

3.1	Recupero delle prestazioni di ricovero dell'area medica e chirurgica
3.2	Recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

### 4. QUALITÀ DELL'ASSISTENZA:

4.1	4.1 Area osteomuscolare
4.2	4.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA-STEMI
4.3	4.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto
4.3	4.4 Donazioni d'organo

I risultati ottenuti sono stati evidenziati nella “*Relazione socio sanitaria aziendale per l’anno 2021*”, approvata con deliberazione n. 67 del 25/02/2022; 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 concentrare la maggior parte degli obiettivi sul contenimento dell’infezione da Covid e sulla prevenzione in termini di tamponi e vaccinazioni, definendo al tempo stesso il contenuto specifico di ciascuna scheda di budget (poi riferite nell’aggiornamento del Piano della Performance a settembre 2021). Conseguentemente, la valutazione infrannuale non è stata effettuata come tale ma è stata l’occasione per strutturare in modo compiuto le schede di budget, per le quali si è nuovamente rinunciato alla fase di negoziazione e si è chiuso l’iter di assegnazione degli obiettivi con la firma definitiva, con un unico monitoraggio a fine anno.

Gli obiettivi proposti e confermati sono stati i seguenti:

<b>BUDGET 2021: OBIETTIVI CONFERMATI</b>	
<b>OBIETTIVO</b>	<b>N. STRUTT.</b>
Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici.	3
Appropriatezza prescrizioni protesica.	1
Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.	12
Collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	104
Emergenza Coronavirus.	104
Integrazione servizi medici.	4

Integrazione servizi veterinari.	4
Manutenzione esternalizzata ausili protesica.	1
Monitoraggio indicatori Funzione Pubblica.	11
Organizzazione corsi in collaborazione con SS Formazione, SC Medicina del Lavoro, SS Servizio Prevenzione e Protezione, SC Radiologie.	1
Radon e materiali da costruzione gamma emittenti D. Lgs 101/2020.	1
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.	7
Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'ASL CN2.	1
Rispetto dei limiti del budget trasversale e compliance.	23
Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni.	1
Vigilanza Strutture.	1

### 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. 112 del 11/04/2022) 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 2021, è necessario fornire alcune indicazioni generali, sia di tipo metodologico sia di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa del 2020.

Tali riflessioni sono state condivise con l'OIV nella riunione propedeutica alla valutazione degli obiettivi 2021, che si è tenuta in data 15/03/2022.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2021 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.

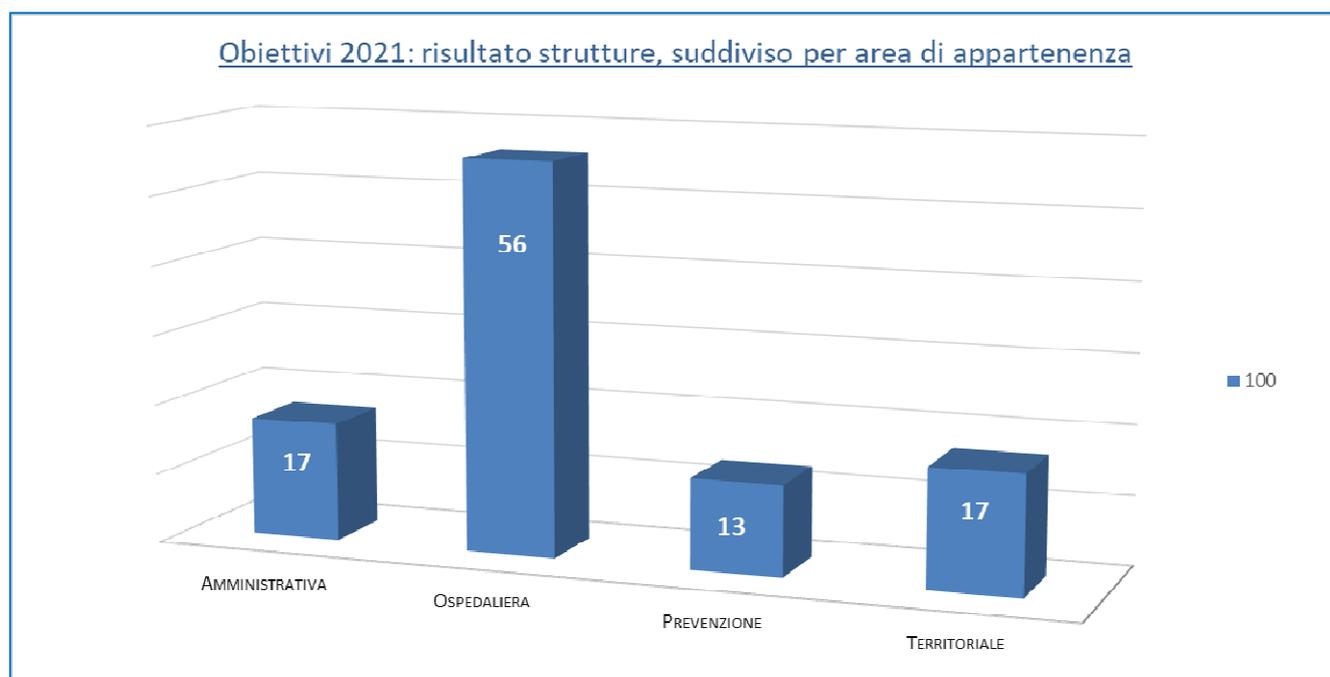
Il giudizio "L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO PIENAMENTE RAGGIUNTO AL 100%" viene pertanto riportato su ciascun obiettivo.

Per l'anno 2021 non ci sono stati altre valutazioni poiché tutti gli obiettivi sono stati raggiunti pienamente al 100%.

### 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 2021, 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 103 Strutture (riferita alle schede di budget), analizzandola per livello di assistenza o area di riferimento (amministrativi, ospedale, territorio, prevenzione):



Nell'anno 2021 tutte le Strutture hanno ottenuto il pieno raggiungimento in tutti gli obiettivi proposti.

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 2021 – Obiettivi per Struttura" e nella delibera ASL CN1 n. 112 del 11/04/2022 "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.

Area: PROCESSI – Dimensione: APPROPRIATEZZA			
Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%
<b>Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici</b>	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
<b>Vigilanza Strutture</b>	L'indicatore prevedeva la verifica di almeno 80 Strutture Socio Sanitarie che è stato ampiamente rispettato raggiungendo pienamente l'obiettivo.	1	1
<b>Appropriatezza prescrizioni protesica</b>	È stata prodotta la reportistica trimestrale che evidenzia il controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni per la protesica.	1	1
<b>Manutenzione esternalizzata ausili protesica</b>	La produzione della reportistica trimestrale conferma l'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata ausili protesica ed è documentata dalle relazioni prodotte.	1	1

### Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICACIA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%
<b>Emergenza Coronavirus</b>	<p>Durante il 2021, come si evince dalla check list di valutazione inviata al DIRMEI con prot. 0137612 del 06 Dicembre 2021, ha messo in atto le indicazioni del Piano di riorganizzazione e di riconversione operativa dei Servizi aziendali in coerenza con il Piano Regionale nonché con tutte le indicazioni contenute in norme, linee guida e buone pratiche definite a livello Regionale.</p> <p>Le somministrazioni di vaccini nel corso dell'anno 2021 sono state 751.933 (di cui 136.725 terze dosi) e la percentuale di popolazione residente nel territorio della ASL CN1 che ha ricevuto almeno una dose di vaccino nel 2021 è superiore all'80% con il supporto delle strutture interessate.</p> <p>Tutte le strutture hanno contribuito alla realizzazione delle Azioni del Piano Pandemico Aziendale.</p>	<b>103</b>	<b>103</b>

### Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%
<b>Collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte</b>	<p>La Direzione Generale, in considerazione del perdurare della grave situazione emergenziale che ha posto in rilievo la gestione della pandemia (piano pandemico, tamponi e vaccinazioni), ha apprezzato la partecipazione di tutti i soggetti via via coinvolti; a questo ambito si riconducono anche gli aspetti di attenzione, per quanto possibile, al recupero delle prestazioni e all'utilizzo di strumenti informatici, quali il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina, nella continua ricerca di mantenimento di standard qualitativi e di appropriatezza come richiesto dagli obiettivi regionali.</p> <p>Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.</p>	<b>103</b>	<b>103</b>
<b>Rispetto dei limiti del budget trasversale e compliance</b>	<p>La dotazione di conto servizio non è stata utilizzata oltre le risorse annue assegnate.</p> <p>Sono state rispettate le indicazioni fornite sul caricamento dei costi e, in generale, sulla liquidazione delle fatture.</p> <p>I Servizi e le Macroaree hanno partecipato alle riunioni indette ed hanno rispettato le indicazioni fornite.</p>	<b>23</b>	<b>23</b>

### Area: PROCESSI – Dimensione: INNOVAZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%
<b>Monitoraggio indicatori Funzione Pubblica</b>	È stata rispettata la scadenza ministeriale e aziendale con la compilazione e la raccolta dati.	<b>11</b>	<b>11</b>

### Area: PROCESSI – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%
<b>Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.</b>	Con mail del 28/03/2022 l'O.I.V. dell'A.O. S. Croce e Carle ha trasmesso le valutazioni degli obiettivi budget 2021 con il risultato di raggiungimento.	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'ASL CN2.</b>	Con nota del 07/04/2022 (Prot. 44247 del 08/04/2022) l'O.I.V. dell'ASL CN2 ha comunicato la valutazione positiva obiettivi budget 2021 con pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati.	<b>1</b>	<b>1</b>

### Area: PROFESSIONISTI-OPERATORI – Dimensione: SVILUPPO PROFESSIONALE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture	100%
<b>Organizzazione corsi in collaborazione con SS Formazione, SC Medicina del Lavoro, SS Servizio Prevenzione e Protezione, SC Radiologie.</b>	Il Responsabile della S.S. Fisica Sanitaria ha relazionato sui corsi effettuati, pienamente in linea con l'indicatore.	<b>1</b>	<b>1</b>

<b>Area: TUTELA – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>Descrizione – Risultato atteso</b>	<b>Strutture</b>	<b>100%</b>
<b>Integrazione servizi veterinari.</b>	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.	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Integrazione servizi medici</b>	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.	<b>4</b>	<b>4</b>

<b>Area: TUTELA – Dimensione: PREVENZIONE</b>			
<b>Obiettivo</b>	<b>Descrizione – Risultato atteso</b>	<b>Strutture</b>	<b>100%</b>
<b>RADON e materiali da costruzione gamma emittenti D. Lgs. 101/2020</b>	Il responsabile della S.S. Fisica Sanitaria ha relazionato sull'obiettivo ed ha pienamente adempiuto all'indicatore e al target.	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni.</b>	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.	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.</b>	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 2020, alla Programmazione PLP 2021 con l'attuazione delle azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione alla rendicontazione del PAISA 2020 e aggiornamento dei sistemi informativi entro i termini stabiliti dalla Regione Piemonte.	<b>12</b>	<b>12</b>

### **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 di altissima professionalità, di incarico professionale di alta specializzazione, di incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo ovvero di incarico professionale di base 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 SPORTELLO	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 2021, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane, con apposita nota protocollata ha trasmesso il 14 aprile 2022 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 2021 e ratificati dall’Organismo Indipendente di Valutazione e, a seguire, dalla Direzione Generale che ne ha confermato il giudizio attraverso la deliberazione n. 112 del 11/04/2022 avente ad oggetto “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2021 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 20 maggio 2022.

Per quanto riguarda la scheda “SV”, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane ha trasmesso, con apposita nota protocollata il 14 aprile 2022, 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 2021 per la valutazione a consuntivo della performance individuale.

La medesima S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane con comunicazione del 15 aprile 2022 ha richiesto la compilazione delle schede di valutazione per il 2021 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 20 maggio 2022.

Di seguito si presentano i dati emersi al termine del processo di valutazione della performance individuale relativa all’anno 2021 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 2021 – 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.

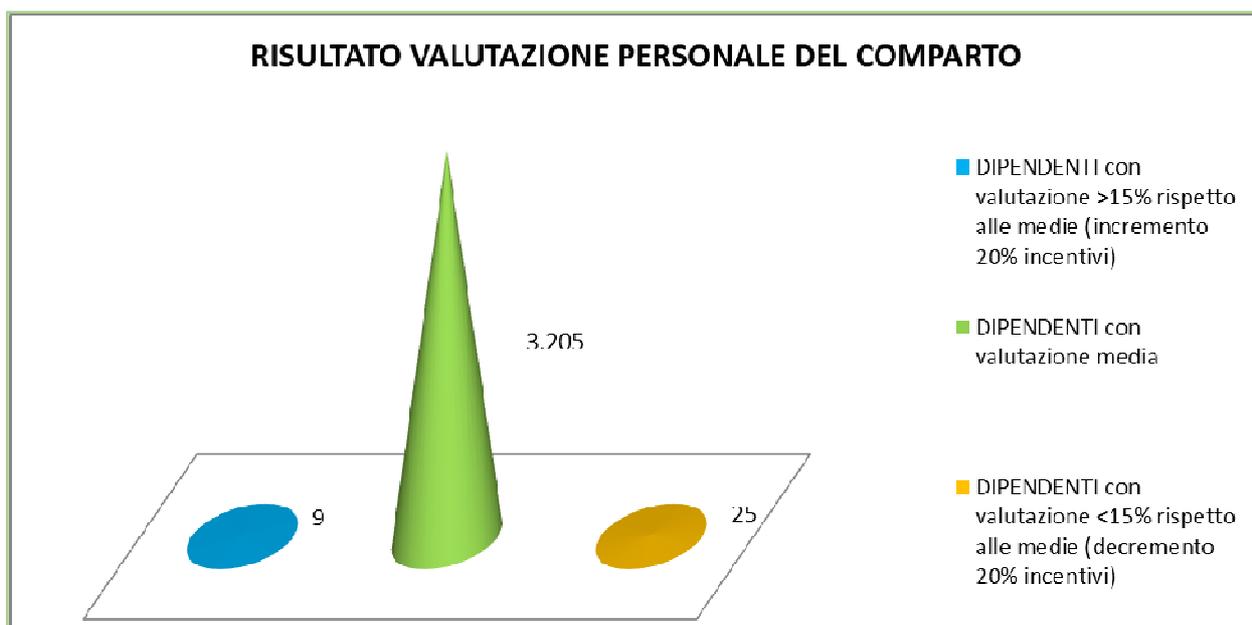
#### Personale del Comparto (non titolare di posizione organizzativa o di coordinamento)

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 2021	
dipendenti complessivi comparto	3.317
dipendenti valutati	3.239
di cui dipendenti che non hanno accettato valutazione	7
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	78

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)	9
Dipendenti con valutazione <15% rispetto alla media (decremento 20% incentivi)	25
Dipendenti con valutazione media	3.205



### Coordinatori e titolari di posizione organizzativa

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

<b>Riepilogo valutazione coordinatori e posizionati 2021</b>	
<i>dipendenti complessivi</i>	<b>181</b>
<i>dipendenti valutati</i>	<b>181</b>
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	<b>0</b>
dipendenti che non hanno accettato valutazione	<b>0</b>
dipendenti con valutazione negativa (<65)	<b>0</b>

Per quanto attiene ai progetti quantitativi trasversali, nel 2021 i beneficiari sono stati nel complesso **375** per un ammontare complessivo di **€ 294.977,00** a fronte di un orario aggiuntivo dedicato pari a **n. 13.423,50 ore** complessive.

#### **3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2021– 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) o di altro 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.

<b>DESCRIZIONE FATTORI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI (valutazione da 1 a 5)</b>	
<b>UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE</b>	Conoscenza e utilizzo efficace delle risorse disponibili. Adozione di comportamenti finalizzati al miglioramento dell'efficienza. Contributo alla riduzione dei costi evitando impatti negativi sulla qualità delle prestazioni. Promozione di atteggiamenti corretti
<b>AUTONOMIA OPERATIVA</b>	Competenza professionale. Assunzione di responsabilità e capacità decisionale. Conoscenza del contesto operativo e organizzativo. Autocontrollo e controllo delle attività connesse alle funzioni affidate. Gestione razionale del proprio tempo di lavoro
<b>CAPACITA' INNOVATIVA</b>	Disponibilità al cambiamento e senso di adattamento. Capacità di analisi e soluzioni dei problemi. Creatività applicativa. Gestione e promozione delle innovazioni tecnologiche e organizzative.
<b>CONOSCENZE TECNICHE E TECNOLOGICHE</b>	Formazione di base e specialistica. Esperienza nel/i settore/i di competenza. Addestramento specifico e stages professionali seguiti. Propensione per la ricerca e sperimentazione.
<b>DISPONIBILITA' ALL'AGGIORNAMENTO E ALL'AFFIANCAMENTO</b>	Impegno nell'aggiornamento professionale. Applicazione diffusione del conosciuto/appreso. Capacità di guida e supporto nei confronti di altri operatori. Attività didattica e di docenza, impegno come formatore sia in ambito aziendale che extra-aziendale. Frequenza e rilevanza delle pubblicazioni e/o dei contributi in qualità di relatore a convegni, congressi, seminari, etc.
<b>RISPETTO DEI CODICI DI COMPORTAMENTO (NELL'OTTICA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN ATTUAZIONE DEI PRINCIPI DI TRASPARENZA ED INTEGRITA')</b>	Coerenza ideologica ed operativa con i principi deontologici specifici della professione di appartenenza. Osservanza del codice di comportamento dei dipendenti della pubblica amministrazione (Decreto 30.03.94). Rispetto delle direttive di Struttura e dei regolamenti aziendali.
<b>APPLICAZIONE DI PROCEDURE E LINEE GUIDA AZIENDALI</b>	Aderenza dei comportamenti professionali alle linee guida. Rispetto delle procedure e dei protocolli. Motivazione e incentivazione di colleghi e collaboratori al rispetto delle procedure. Collaborazione nella definizione di procedure e linee guida specifiche.
<b>RELAZIONI CON L'UTENZA INTERNA ED ESTERNA</b>	Capacità di ascolto e comprensione. Efficacia ed appropriatezza della comunicazione verbale scritta. Cortesie e disponibilità nei rapporti con l'utenza. Capacità di mediazione e gestione dei conflitti. Correttezza e professionalità nella trasmissione delle informazioni. Rispetto della privacy.
<b>CAPACITA' ORGANIZZATIVA RIFERITA ALLA PROPRIA ATTIVITA' E ALLE FUNZIONI ASSEGNATE</b>	Competenza nel pianificare, gestire e valutare le risorse (umane, tecniche, economiche) affidate. Ottimizzazione dei tempi in relazione alle attività svolte e agli obiettivi da raggiungere. Capacità di previsione. Abilità nel ricercare soluzioni alternative in situazioni impreviste ed urgenti.
<b>RELAZIONI FUNZIONALI CON COLLEGHI E COLLABORATORI ANCHE DI ALTRE STRUTTURE</b>	Atteggiamento collaborativo nelle attività di gruppo. Accettazione della critica e della valutazione da parte di responsabili e dei pari. Efficacia delle relazioni intraprese. Contributo alla soluzione dei conflitti. Capacità di ottenere consenso e credibilità. Disponibilità a promuovere attività inter e multi professionali anche tra Strutture diverse.

## AREA SANITÀ:

### Dirigenti medici e veterinari (n. 523 valutati)

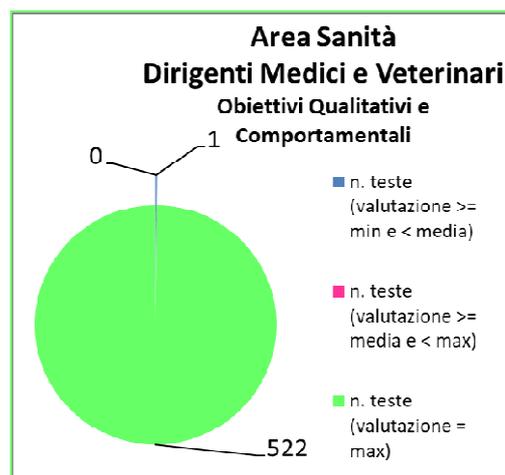
#### OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Valore Minimo (min)	=	70,00
Valore Massimo (max)	=	100,00
<b>Valore Medio (media)</b>	=	<b>85,00</b>
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	=	1
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>522</b>



#### OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

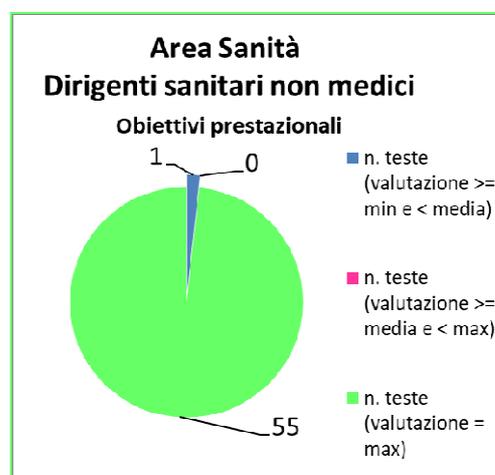
Valore Minimo (min)	=	69,16
Valore Massimo (max)	=	100,00
<b>Valore Medio (media)</b>	=	<b>84,58</b>
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	=	1
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>522</b>



### Dirigenti sanitari non medici (n. 56 valutati)

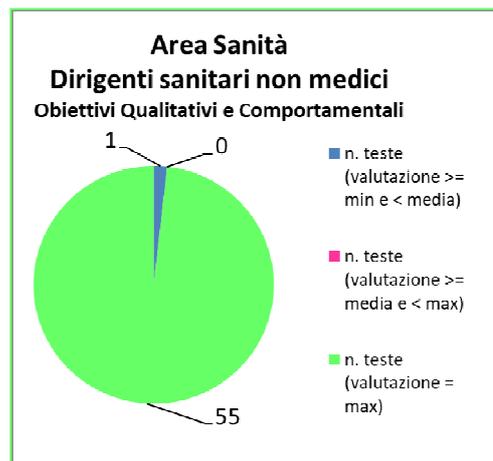
#### OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Valore Minimo (min)	=	82,00
Valore Massimo (max)	=	100,00
<b>Valore Medio (media)</b>	=	<b>91,00</b>
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	=	1
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>55</b>



### OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

Valore Minimo (min)	=	67,50
Valore Massimo (max)	=	100,00
<b>Valore Medio (media)</b>	=	<b>83,75</b>
n. teste (valutazione >= min e < media)	=	1
n. teste (valutazione >= media e < max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>55</b>



### AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 26 dirigenti valutati)

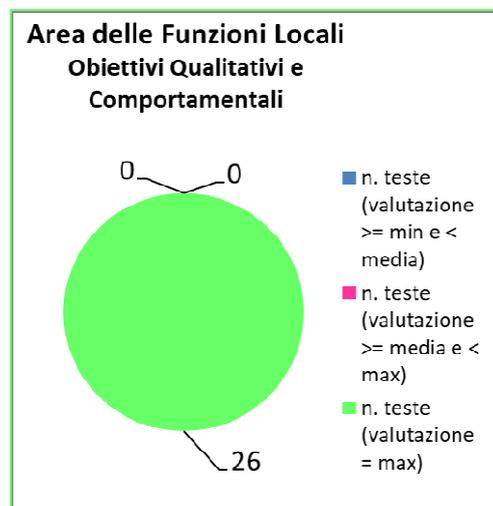
#### OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

<b>Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%</b>	=	0
n. teste (valutazione >= min e < media)	=	0
n. teste (valutazione >= media e < max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>26</b>



#### OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

<b>Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%</b>	=	0
n. teste (valutazione >= min e < media)	=	0
n. teste (valutazione >= media e < max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>26</b>



## Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate

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

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

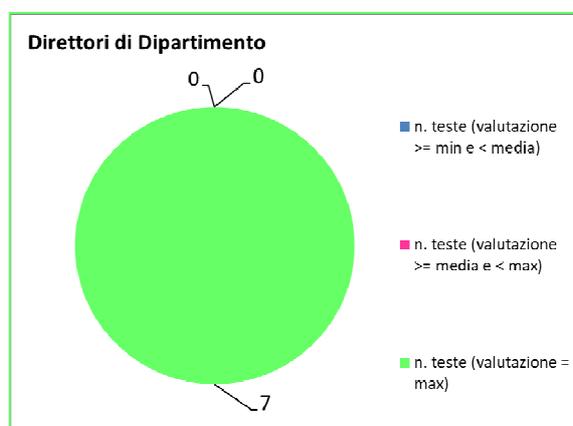
## Direttori di Dipartimento (n. 7 direttori valutati)

**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

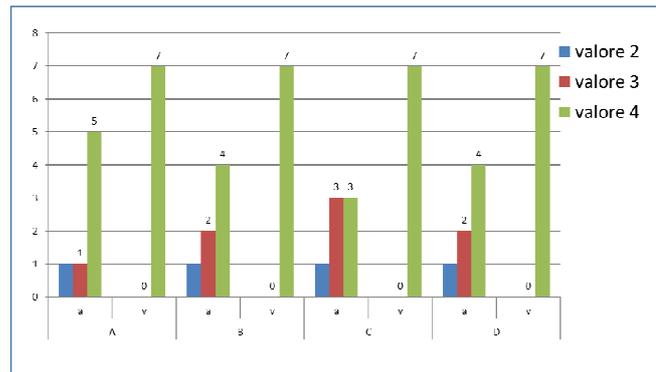
n. teste (valutazione = max) = 7



## Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 2	1	0	1	0	1	0	1	0
valore 3	1	0	2	0	3	0	2	0
valore 4	5	7	4	7	3	7	4	7
<b>totale teste</b>	<b>7</b>							

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

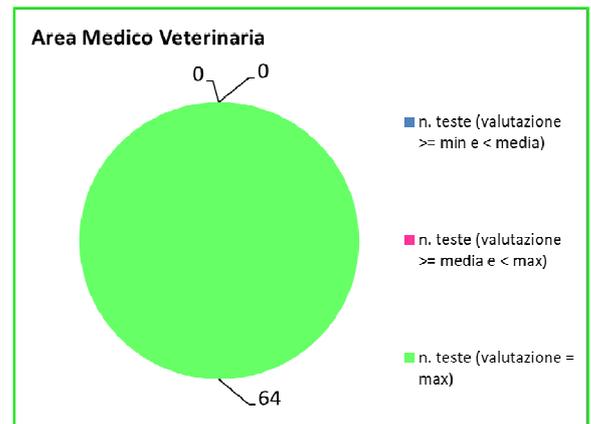


## AREA SANITÀ:

### Direttori/responsabili medici e veterinari (n. 64 valutati)

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

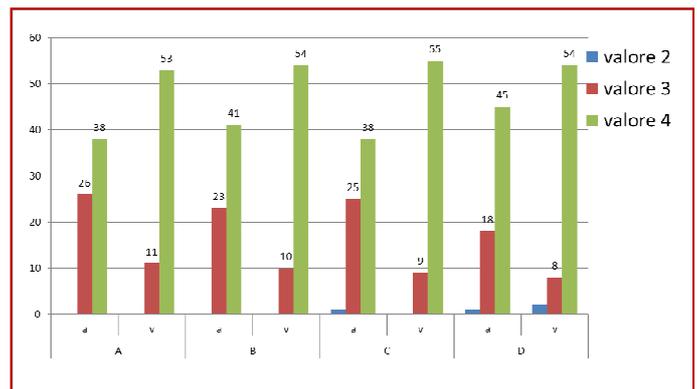
n. teste (valutazione  $\geq$  min e  $<$  media) = 0  
 n. teste (valutazione  $\geq$  media e  $<$  max) = 0  
 n. teste (valutazione = max) = 64



## Valutazioni Schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 2	0	0	0	0	1	0	1	2
valore 3	26	11	23	10	25	9	18	8
valore 4	38	53	41	54	38	55	45	54
<b>totale teste</b>	<b>64</b>							

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



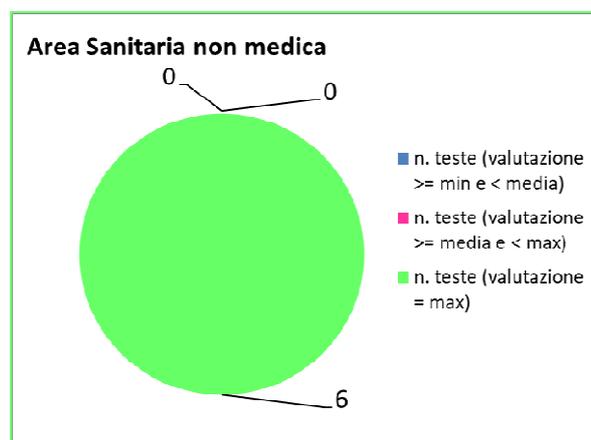
## Direttori/responsabili sanitari non medici (n. 6 valutati)

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

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

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

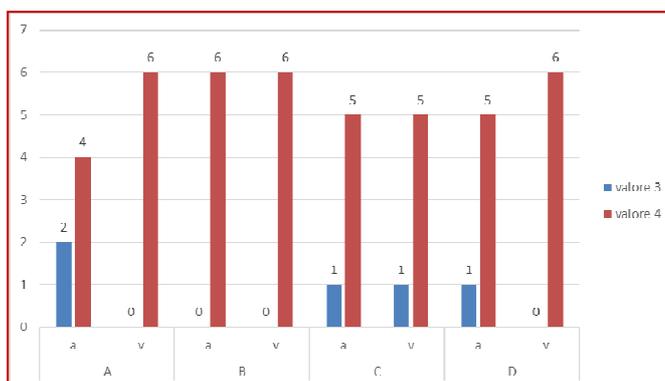
n. teste (valutazione = max) = 6



## Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	2	0	0	0	1	1	1	0
valore 4	4	6	6	6	5	5	5	6
<b>totale teste</b>	<b>6</b>							

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



## AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 11 direttori/responsabili valutati)

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

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

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

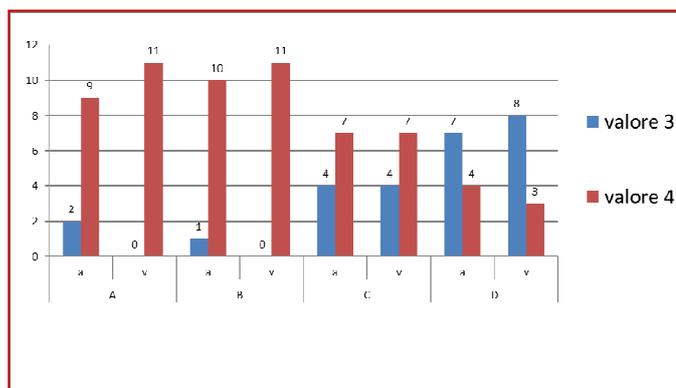
n. teste (valutazione = max) = 11



## Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	2	0	1	0	4	4	7	8
valore 4	9	11	10	11	7	7	4	3
<b>totale teste</b>	<b>11</b>							

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



## 3.5 Risultati 2021 su Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione

### 3.5.1 Trasparenza

In materia di attuazione degli obblighi di trasparenza si richiama la deliberazione del Direttore Generale n. 234 del 29 marzo 2021 di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 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 2021:

- Sono stati pubblicati i dati su “Amministrazione Trasparente” entro il 31 maggio e non entro il 31 marzo; è stata emessa l’attestazione dall’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. 294 del 13 aprile 2021;

- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo “Scadenziario 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.
- Considerato il protrarsi della “pandemia da Covid-19”, anche nel 2021 non è stato possibile proporre la “Giornata della Trasparenza” nella forma assembleare, pertanto il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della CN1 ha scelto di aderire con i colleghi delle altre Aziende Sanitarie all’iniziativa della Regione Piemonte, intitolata “Chiari, Efficaci, Efficienti”, che si è tenuta “on-line” il 14 dicembre 2021. Siccome i lavori della Giornata Regionale della Trasparenza 2021 potevano essere fruiti da remoto, grazie alla collaborazione dell’Ufficio Stampa, è stato inviato a tutte le caselle personali dei Dipendenti e dei Convenzionati della CN1 il comunicato con il programma e le modalità tecniche per poter accedere all’iniziativa.

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%
- **Anno 2021 pari a 2,79%**

### **3.5.2 Prevenzione della Corruzione**

Nel corso del 2021 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 dell'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 una 4^ 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 ed integrato con una ulteriore 5^ variante come da deliberazione n. 627 del 30/09/2021, recepita in via definitiva dalla Regione Piemonte con DGR n. 15-3926 del 15/10/2021.

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 234 del 29/03/2021 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 2021-2023. 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 2021 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 2021 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 2021 alcune Strutture hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi e anche nel 2022 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.

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.

Si precisa infine che, nel corso del 2021, tutte le Strutture aziendali hanno aggiornato o dato attuazione, come per il 2020, alle procedure di loro competenza in ottemperanza alle norme di prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.

### **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 2021, entrata a far parte degli obiettivi del budget 2021, 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 2022-2024 dell'ASL CN1, che fotografa la situazione delle attività analizzate in Azienda al 31/12/2021.

### **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.

Dal 2020 è stata proposta un'iniziativa formativa "specialistica" sul "Conflitto di interessi", tema scivoloso nel settore della Sanità pubblica.

Per il 2020 erano stati progettati due Corsi della durata di 4 ore di lezione da svolgersi nella classica forma in Aula, ma la Pandemia ci costrinse ad una presentazione più articolata: un "Webinar", due ore di "FAD" e un Webinar finale. In particolare, il primo corso 131-37041 "Il conflitto di interessi nel processo di controllo, vigilanza, ispezioni, sanzioni", dedicato principalmente a Medici, Veterinari e Tecnici d'Ambiente del Dipartimento di Prevenzione, fu completato da 92 partecipanti; il secondo evento 131-37039 "Il conflitto di interessi in ambito sanitario", è stato completato da 127 partecipanti, soprattutto Medici e Dirigenti Sanitari ospedalieri.

Considerato che i contenuti dei suddetti corsi sul "Conflitto di interessi" furono molto apprezzati, sia per l'impostazione didattica che per la gradevole presentazione, nel 2021 si è pensato di riproporli interamente sotto forma di "FAD". Il pacchetto, della durata complessiva di 5 ore per ogni evento, è stato fruibile dall'1/08/2021 al 30/11/2021. Il primo corso 131-38429 "Il conflitto di interessi nelle attività di controllo, vigilanza, ispezioni, sanzioni nel Dipartimento di Prevenzione", è stato completato da 144 partecipanti; mentre il secondo evento 131-38428 sulla "Gestione del Conflitto di interessi in ambito sanitario", è stato concluso da 695 iscritti. Cosicché in due anni, in materia di Conflitto di interessi, sono stati formati in totale 1.058 Operatori.

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”. Il 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 supporto.

Come già ricordato nel paragrafo della Trasparenza nel 2021 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della CN1 ha scelto di aderire con i colleghi delle altre Aziende Sanitarie all’iniziativa della Regione Piemonte, intitolata “Chiari, Efficaci, Efficienti”, che si è tenuta “on-line” il 14 dicembre 2021.

### Monitoraggio sull’attuazione del Codice di comportamento

Dati relativi al monitoraggio di cui all’art. 15 del DPR 62/2013

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 01/11/2020 – 31/10/2021, emerge quanto segue:

Segnalazioni ricevute dall’UPD nel periodo 01/11/2020– 31/10/2021	9
archiviazioni disposte all’esito del procedimento disciplinare:	//
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare – violazione art. 66, c. 3, lett. b) del CCNL del 21/05/2018: 4 multe pari a 4 ore di retribuzione rispettivamente 3 per “condotta non corretta nei confronti dei colleghi e degli utenti” e 1 per “inosservanza disposizioni di legge e di servizio in tema di attività extra-istituzionale”	4
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare – violazione art. 66, c. 4, lett. f) del CCNL del 21/05/2018: una sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per 3 giorni per “manifestazioni ingiuriose nei confronti dell’Azienda”	1
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare – violazione art. 72, c. 4, lett. a) e b) del CCNL del 19/12/2019: una multa di € 200,00 ed una di € 300,00 per “inosservanza disposizioni contrattuali e di servizio in tema di direttive di servizio” e	3

una multa di € 300,00 per “comportamento negligente e non corretto”	
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare – violazione art. 55 quater, c. 1, lett. b) del D.Lgs. 165/2001: Licenziamento con preavviso per “assenza ingiustificata – mancato rientro in servizio malgrado diffida dell’ASL CN1”	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	//

Nell’ultimo periodo considerato si registra un aumento dei numeri delle segnalazioni di illeciti disciplinari ricevute dall’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) nei confronti del personale dipendenti rispetto agli ultimi anni: infatti le segnalazioni arrivano a 9, quattro in più rispetto alle 5 dell’anno passato, del 2018 e 2016, contro le 4 del 2019, le 7 del 2017 e le 6 del 2015, anche se si mantiene ancora una considerevole distanza dal picco delle 18 segnalazioni del 2014.

Sempre ai fini del monitoraggio, come negli anni precedenti, in vista della Relazione “sull’attuazione del Codice di Comportamento”, l’RPCT ha inviato una scheda che i Responsabili delle Strutture hanno provveduto a compilare e restituire, 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 01/10/2020 – 30/09/2021:

Monitoraggio attuazione codice di comportamento	2021
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	1

dell'assegnazione all'ufficio (art. 6 Cod. Comp.)	
Dichiarazioni di astensione per potenziale conflitto di interessi (art. 7 Cod. Comp.)	2
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	325
Segnalazioni/reclami da parte di utenti che lamentano un inadeguato comportamento in servizio nei confronti del personale dipendente o convenzionato	55
Segnalazioni al RPC tramite il canale dedicato al whistleblowing	4

La quasi totalità dei Responsabili di struttura ha dichiarato, nell'ambito della relazione annuale e/o della apposita scheda di monitoraggio, di aver assunto delle iniziative per continuare a sensibilizzare e informare il personale sull'importanza dei doveri comportamentali previsti dal Codice, oltre che dal Piano di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, 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 espresso un alto gradimento per i corsi FAD, grazie i quali è possibile raggiungere una più ampia platea di dipendenti. Hanno suggerito di continuare ad organizzare corsi di approfondimento riferiti a specifici settori/attività potenzialmente esposti al fenomeno della corruzione; e raccomandato di proporre eventi formativi che accrescano la professionalità negli ambiti di competenza e rafforzino l'osservanza degli obblighi di integrità, correttezza, lealtà, trasparenza del dipendente pubblico sia tra colleghi che nei confronti dell'Utenza. Alcuni Responsabili suggeriscono di evidenziare maggiormente nei corsi di formazione gli obblighi del lavoratore a diretto contatto con il Pubblico e per tutti gli Operatori le sanzioni disciplinari previste in caso di violazione o elusione delle regole del Codice di comportamento e le eventuali conseguenze penali.

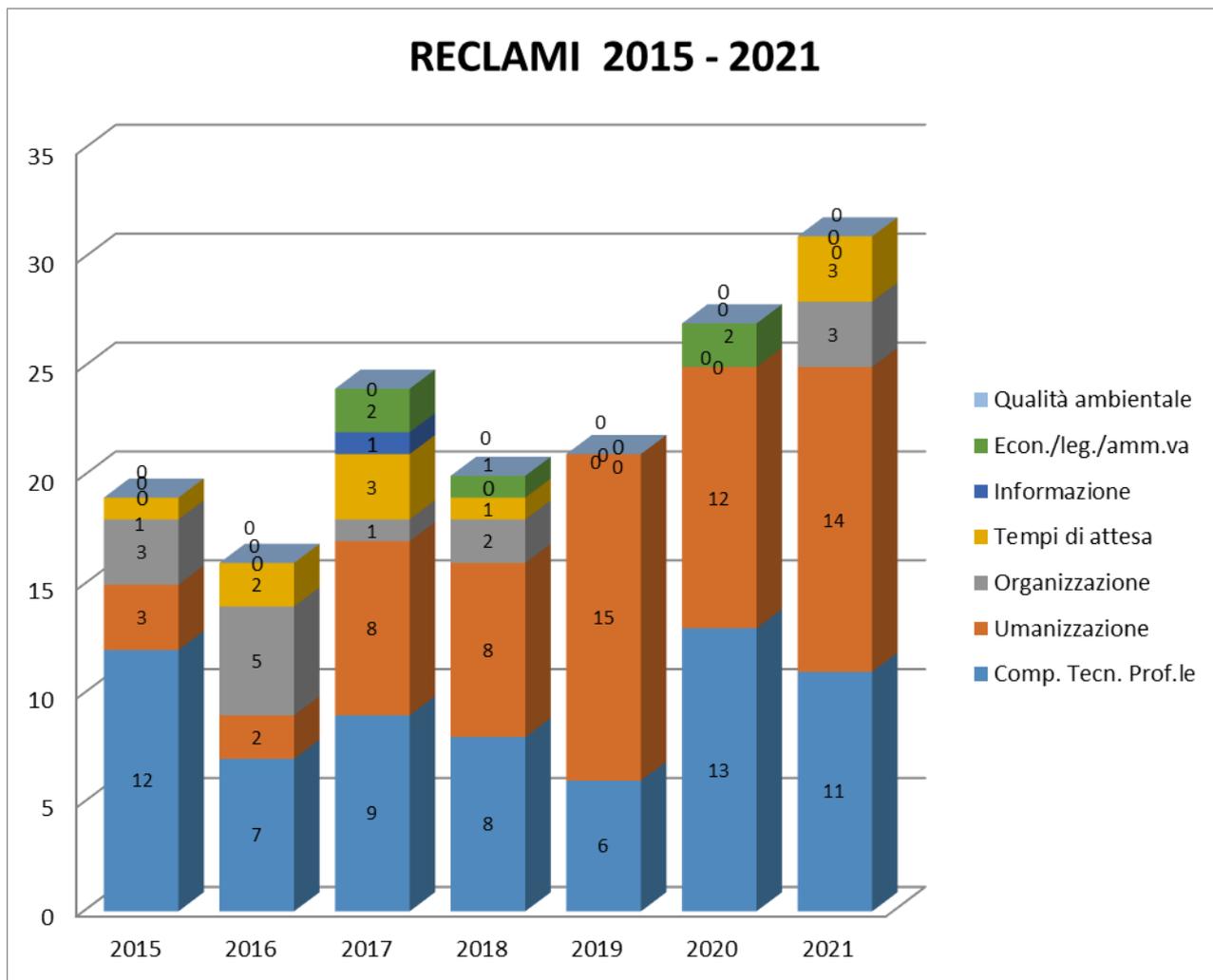
Altri, ancora, ritengono utile qualche approfondimento di tipo filosofico sui temi dell'etica, dell'integrità e sul rispetto del codice di comportamento con l'indicazione di una bibliografia da

mettere a disposizione dei dipendenti ed infine, chi propone approfondimenti formativi puntuali sulle competenze nella Sanità Pubblica sui comportamenti corruttivi ed elusivi dell'integrità.

Dalle relazioni annuali e/o dalla scheda di monitoraggio del comportamento dei dipendenti è ancora emersa la necessità da parte di alcuni Responsabili di struttura di approfondire i temi dell'etica e della buona amministrazione organizzando incontri 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 e nel 2021 a 31. 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 2021 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 dal Conto Economico Nuova Aggregazione ministeriale (c.d. Grafico FEC), nel confronto fra i dati del Bilancio Consuntivo 2020 rispetto al 2019, i costi della gestione ordinaria sono in aumento di 15,139 milioni di euro.

Voce di CE nuova aggregazione	Consuntivo 2020	Consuntivo 2019	Variazione Assoluta	Variazione Relativa
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>574,195</b>	<b>559,056</b>	<b>15,139</b>	<b>2,71%</b>

Tale incremento trova spiegazione nella componente "Covid" (costi aggiuntivi Covid), precedentemente non presente, che ha un valore di 38,112 milioni di euro.

Di seguito si richiamano gli aumenti di costo più importanti:

- L'aggregato Acquisti e manutenzioni, che presenta un incremento di 6,125 milioni di euro, pari al 6,95%, dovuto principalmente alle maggiori spese per l'acquisto dei DPI, dei reagenti e dei tamponi, spese integralmente riferibili al COVID;
- La voce Assistenza Sanitaria di base, che presenta anch'essa un incremento (principalmente dovuto all'attivazione delle USCA, di cui al conto 3100482 "Costi per integrativo regionale convenzione medici guardia medica") per 2,1 milioni di euro riferibile al COVID;
- La voce Altri Servizi, che presenta un incremento di 7,364 milioni di euro (+29,77%), principalmente dovuto agli incrementi di spesa dei conti 3100388 "Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico - Altri enti (Extraregione)" fra cui figurano anche le commesse assegnate ad Amos Scrl per ulteriori 2,2 milioni di euro, 3100417 "118, emergenza sanitaria" per ulteriori 1,29 milioni, 3100416 "Assistenza per trasporti sanitari per l'urgenza" per 0,369 milioni di euro, 3100489 "Prestazioni sanitarie (non finali da privati)" per ulteriori 1,981 milioni di euro relativi ad attività di test sui tamponi COVID, 3100494 "Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area sanitaria" per ulteriori 1,369 milioni

relativi ad incarichi speciali DL 18 / 2020 relativi al COVID;

- La voce Personale dipendente che presenta un aumento di 3,267 milioni di euro (+1,63%) dovuto all'esigenza di aumentare il numero di operatori per far fronte alla pandemia;
- La voce Servizi appaltati, che presenta un aumento di 771 mila euro (+3,37%) dovuto principalmente all'incremento del costo 3100391 "Altri servizi non sanitari da pubblico (altri Enti Pubblici)" nel quale figurano anche le commesse assegnate ad Amos Scrl. In aumento sull'aggregato anche i costi di pulizia (es. sanificazioni);
- La voce Accantonamenti, che presenta un incremento di 7,492 milioni di euro (+136,46%) che trova integrale motivazione nei costi di cui al nuovo conto 3101638 "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. pandemia COVID finalizzazioni regionali" per 7,998 milioni di euro;
- Fra i valori di mobilità spicca la riduzione della mobilità, sia attiva che passiva, con il valore più rilevante, in termini assoluti, sulla mobilità passiva intraregionale (riduzione di oltre 23 milioni euro) dovuta al blocco delle attività in elezione e non oncologiche dell'Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo.

Il dato di Consuntivo dell'anno 2021 non è ancora disponibile nella sua versione definitiva. La scadenza ordinaria di adozione del bilancio delle aziende sanitarie regionali è stata prorogata con legge nazionale; nel momento in cui si predispongono questa relazione il Governo sta valutando ulteriori proroghe per la presentazione dei bilanci 2021. La Regione Piemonte pertanto non ha ancora potuto inviare alle ASR la propria nota di istruzioni sul bilancio di esercizio 2021; in particolare l'ASL CN1 attende l'accertamento della propria quota dei fondi POR FESR.

Il bilancio di previsione 2022 versione zero (deliberazione n. 788 del 28 12 2021 prev 2022) indicava una perdita attesa di oltre 72 milioni di euro.

Nei mesi di febbraio e marzo 2022, le Aziende Sanitarie Regionali sono state convocate dalla Regione Piemonte per approfondimenti sulle principali voci di costo. In esito a tali incontri, a seguito della riduzione dei costi ordinari e di quelli legati al contrasto alla pandemia (mediante riorganizzazione delle attività), la perdita attesa si è ridotta a 50 milioni di euro. L'andamento dei

costi sarà monitorato con riferimento alla componente ordinaria ed alla componente di contrasto alla pandemia.

### I fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico del personale – anno 2021

L’Azienda definisce e quantifica annualmente nel loro ammontare i fondi aziendali di finanziamento degli istituti del trattamento economico relativi alle Aree Dirigenziali ed al Personale del Comparto. 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 provvisoria l’ammontare dei fondi contrattuali per l’anno 2021, 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 2021 e al loro utilizzo.

Di seguito si riepilogano i citati importi 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 2021, come definiti con i citati provvedimenti n. 222 del 24/03/2021, n. 266 del 15/04/2021 e n. 330 del 18/05/2021.

<b>DIRIGENZA AREA SANITA'</b>	
<b>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</b>	
Totale fondo	14.274.528,87
<b>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</b>	
Totale fondo	2.312.230,28
<b>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</b>	
Totale fondo	6.399.412,68
<b>TOTALE FONDI</b> come da Delib. 266/2021	<b>22.986.171,83</b>

<b>AREA DIRIGENZA FUNZIONI LOCALI</b>	
FONDO RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ART.90 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	740.338,14
FONDO RETRIBUZIONE DI RISULTATO E ALTRI TRATTAMENTI ACCESSORI ART 91 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	481.300,22
<b>TOTALE FONDI</b> come da Delib. 222/2021	<b>1.221.638,36</b>

<b>PERSONALE DEL COMPARTO</b>			
Descrizione	Fondo art.81 (premierità e fasce)	Fondo art.80 (trattamento accessorio e incarichi)	<b>TOTALE FONDI 2021</b>
Fondi come da Delib 330/2021	12.494.761,49	10.011.821,06	<b>22.506.582,55</b>

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 2021, riferito ai dirigenti non responsabili di struttura (come si evince dalle tabelle sotto riportate), nonché in merito alle schede delle riunioni di budget 2021 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 2021

### Allegato 1 – budget risultato 2021 - 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	2,08	204,86	18.541,67
S.C. Anestesia Rianimazione Mondovì	12,00	2.169,00	165.600,00
S.C. Anestesia Rianimazione Savigliano	16,00	2.280,00	220.800,00
S.S.D. Fisiopatologia Respiratoria	4,50	587,64	48.758,33
S.C. Cardiologia Mondovì	7,83	874,72	75.983,33
S.S. Cardiologia Riabilitativa	2,00	223,33	19.400,00
S.C. Cardiologia Savigliano	13,58	1.516,81	131.758,33
S.C. Chirurgia Generale Mondovì	10,00	1.066,67	94.000,00
S.C. Chirurgia Generale Savigliano	12,78	1.363,56	120.163,33
S.C. Oncologia Savigliano e Mondovì	6,08	506,94	48.666,67
S.C. Diabetologia territoriale	5,67	433,89	43.633,33
SS.CC. di Direzione Sanitaria Mondovì e Savigliano	5,00	600,00	51.000,00
S.C. Distretto Sud-Ovest	4,00	477,33	40.640,00
S.C. Distretto Nord-Est	2,83	221,94	21.816,67
S.C. Distretto Nord-Ovest	2,00	200,00	18.000,00
S.C. Distretto Sud-Est	1,70	167,17	15.130,00
S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 (Sovrazonale)	15,83	1.776,81	153.583,33
S.C. Maxiemergenza 118 (Regionale)	2,50	279,17	24.250,00
S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità	1,50	137,50	12.750,00
S.S.D. Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria	2,00	193,33	17.600,00
S.S. Medicina Trasfusionale	6,00	690,00	59.400,00
S.S. Laboratorio Analisi	4,50	600,00	49.500,00
S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano	7,50	775,00	69.000,00
S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì	7,42	766,39	68.233,33
S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Sud	7,75	607,08	59.675,00
S.C. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Nord	7,00	548,58	53.900,00
S.C. Lungodegenza Fossano + S.C. Neuroriabilitazione Fossano	6,33	631,66	56.900,00
S.C. Medicina Interna Mondovì	7,58	808,89	71.283,33
S.C. Medicina Interna Ceva	4,20	448,00	39.480,00
S.C. Medicina Interna Saluzzo	6,33	675,56	59.533,33
S.C. Medicina Interna Savigliano	7,17	764,44	67.366,67

<b>Struttura</b>	<b>Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente</b>	<b>Orario negoziato per obiettivi prestazionali</b>	<b>Budget dirigenti non responsabili di struttura</b>
S.C. Medicina del Lavoro	2,50	333,33	27.500,00
S.C. Medicina Legale	8,58	672,36	66.091,67
S.C. Nefrologia Dialisi Mondovì	7,92	832,32	73.625,00
S.C. Neurologia Savigliano	6,42	609,58	55.825,00
S.C. Neurologia Mondovì	5,58	530,42	48.575,00
S.C. Neuropsichiatria Infantile	4,98	498,25	44.842,50
S.C. Oculistica Savigliano + Ermini	6,00	590,00	53.400,00
S.C. Ortopedia Traumatologia Mondovì	7,00	805,17	69.300,00
S.C. Ortopedia Traumatologia Savigliano	11,33	1.303,33	112.200,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Mondovì	4,17	437,50	38.750,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	3,08	324,00	28.675,00
S.C. Otorinolaringoiatria Savigliano	4,00	313,33	30.800,00
S.C. Pediatria Mondovì	5,50	595,83	52.250,00
S.C. Pediatria Savigliano	8,08	875,69	76.791,67
S.C. Psichiatria Area Sud	13,83	1.245,00	116.200,00
S.C. Psichiatria Area Nord	10,70	963,00	89.880,00
S.C. Radiologia Mondovì	9,08	893,19	80.841,67
S.C. Radiologia Savigliano	9,54	938,26	84.920,83
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	8,42	659,11	64.791,77
S.C. Urologia	11,00	1.045,00	95.700,00
S.C. S.I.A.N.	4,42	345,84	33.995,50
S.C. S.I.S.P.	8,00	1.600,00	120.000,00
S.C. S.PRE.S.A.L	5,33	444,44	42.666,67
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale	20,08	2.008,33	180.750,00
SC Igiene degli Allevamenti delle Produzioni Zootecniche	15,13	1.261,11	121.066,67
S.C. Sanità Animale	51,38	4.025,03	395.651,67
S.C. P.M.P.P.V.	1,00	78,33	7.700,00

## RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2021

### Allegato 2 - budget risultato 2021 - 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	2,00	140,00	14.400,00
Medicina Lavoro / Medico Competente	1,00	58,33	6.500,00
SS Farmacia Territoriale	3,00	235,00	23.100,00
SC Farmacia Ospedaliera	9,47	1.104,44	94.666,67
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	4,16	318,77	31.600,00
SC Anatomia Patologica	1,00	103,33	9.200,00
Lab. Analisi Microbiologia MDV	2,67	235,94	22.133,33
SC Psichiatria nord	1,80	144,00	14.040,00
SC Psichiatria sud	2,00	160,00	15.600,00
SSD Servizio di psicologia e psico-patologia dello sviluppo	6,12	479,14	47.098,33
Neuropsichiatria infantile Cuneo Mondovì	10,52	771,22	77.823,33
SSD Consultori familiari	0,80	49,33	5.360,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	2,00	123,33	13.400,00
S.C. S.I.A.N.	2,00	100,00	12.000,00
S.S.D. Promozione della salute	1,00	45,00	5.700,00

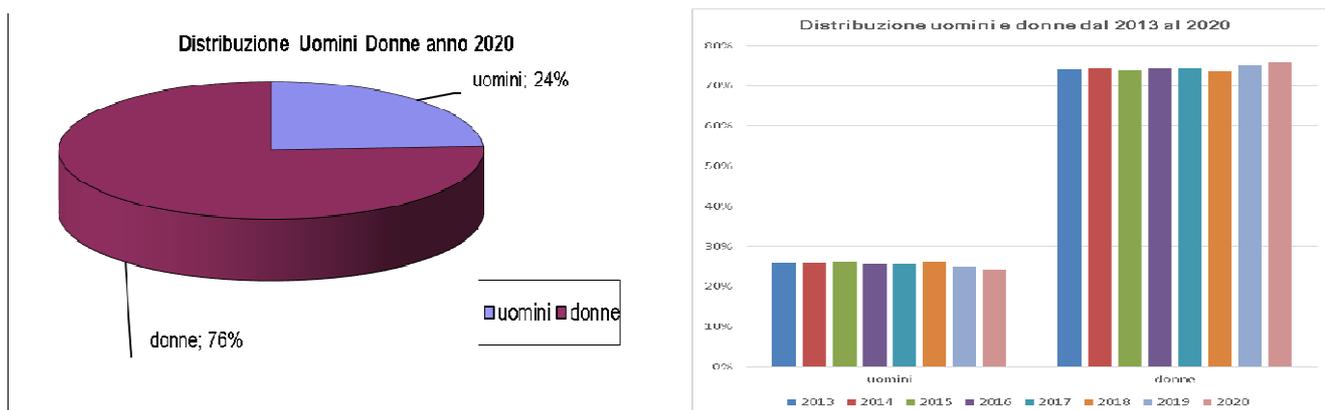
## 5. Pari opportunità

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 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, ETÀ 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	<b>925</b>	<b>97,7%</b>	268	429	554	832	117	<b>2200</b>	<b>73,8%</b>
Part Time >50%			2	7	1	<b>10</b>	<b>1,1%</b>	1	38	265	340	33	<b>677</b>	<b>22,7%</b>
Part Time <50%		1	5	5	1	<b>12</b>	<b>1,3%</b>		2	28	69	4	<b>103</b>	<b>3,5%</b>
<b>Totale</b>	<b>63</b>	<b>142</b>	<b>224</b>	<b>362</b>	<b>156</b>	<b>947</b>	<b>100%</b>	<b>269</b>	<b>469</b>	<b>847</b>	<b>1241</b>	<b>154</b>	<b>2980</b>	<b>100%</b>
<b>Totale %</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>24%</b>	<b>38%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>		<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>28%</b>	<b>42%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>	

**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 RESPONSABILITÀ 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%	<b>42</b>	<b>21%</b>
posizioni organizzative	40	83%	117	77%	<b>157</b>	<b>79%</b>
<b>Totale personale</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>151</b>	<b>100</b>	<b>199</b>	<b>100</b>
<b>Totale %</b>	<b>24%</b>		<b>76%</b>		<b>100%</b>	

**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	Totale	%	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Totale	%
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	151	2274	76%
<b>Totale</b>	<b>63</b>	<b>142</b>	<b>224</b>	<b>362</b>	<b>156</b>	<b>947</b>	<b>100%</b>	<b>269</b>	<b>469</b>	<b>847</b>	<b>1241</b>	<b>154</b>	<b>2980</b>	<b>100%</b>
<b>Totale %</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>24%</b>	<b>38%</b>	<b>16%</b>	<b>100%</b>		<b>9%</b>	<b>16%</b>	<b>28%</b>	<b>42%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>	

**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 2021 si è aperto con l'approvazione del Piano della Performance, il suo aggiornamento a settembre 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 24/01/2022, 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 21 febbraio 2022 per far pervenire le relazioni alla S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance. Nel corso dei primi mesi dell'anno 2022, 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 15/03/2022, l'OIV ha espresso le proprie valutazioni che sono state riportate nelle

schede sopraccitate 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 state estratte le statistiche ed i grafici riportati in precedenza.

Terminato il processo di valutazione della Performance organizzativa di competenza dell'OIV, recepito nella delibera 112 del 11/04/2022, 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, il Dipartimento Patologia delle Dipendenze, il Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale e 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 30/06/2022 come richiesto dalla normativa vigente, dopo essere stata presentata al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari. 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 2021. 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 2022.

Nell'ottica di armonizzare i contenuti della performance con le tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione, nel corso del 2021 è proseguita la collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, 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 2021", trasmesso in data 29/04/2022 prot. 53653 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.

Considerato il perdurare della situazione emergenziale, con l'utilizzo prioritario delle risorse finanziarie, umane, strutturali, 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 nuovo contesto emergenziale ha richiesto la riorganizzazione aziendale in

tema di vaccinazioni, effettuazione di tamponi e di riorganizzazione dei reparti per offrire la risposta più adeguata possibile alla situazione, 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 agli obiettivi assegnati, validando positivamente tutte le schede di budget con percentuale di performance raggiunta al massimo delle attese.

## 7. Allegati

- Delibera n. 112 del 11/04/2022“Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2021 da parte delle strutture dell’ASL CN1”;
- Verifica Finale Budget 2021 – Obiettivi per struttura;
- Relazione annuale 2021 attività del CUG.