

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASL CN1

ANNO 2022

*È meraviglioso come la forza degli obiettivi così come l'audacia e l'energia della volontà, siano risvegliate dalla garanzia che stiamo compiendo il nostro dovere.
(Walter Scott)*

Premessa

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2022 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.

L'anno 2022 ha segnato la ripresa delle attività sanitarie ed istituzionali che, durante l'emergenza da COVID-19 avevano subito un notevole rallentamento dovuto alla gestione pandemica.

L'anno 2022 è stato anche caratterizzato da nuove varianti all'Atto Aziendale (deliberazioni n. 52 del 14/02/2022, n. 109 del 06/04/2022 e n. 394 del 30/11/2022 con le quali si sono istituite nuove Strutture, un nuovo Dipartimento (il Dipartimento per l'Integrazione Territoriale) e altre Strutture sono state soppresse o modificate.

La suddetta riorganizzazione (con la rivisitazione di ruoli e responsabilità) e gli investimenti, con riferimento speciale al PNRR, si sono accompagnati agli opportuni sistemi di gestione, controllo, formazione e sostegno all'attività aziendale.

La conclusione del periodo di emergenza COVID è stata accompagnata dalla determinazione a ricercare il recupero delle attività ma anche a progettare il prossimo futuro dell'Azienda, con le manovre problematiche (in primis la carenza di specialisti da assumere) e la necessità di reinventare soluzioni alle nuove questioni che man mano si sono dovute affrontare, sommate all'inizio del conflitto in Ucraina che ha determinato un ulteriore appesantimento della crisi economica a livello globale che ha avuto pesanti ripercussioni sull'aumento dei costi, soprattutto

quelli relativi all'energia.

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 2022 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

1. Introduzione e presentazione del documento	7
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	9
2.1 Il contesto esterno di riferimento	9
2.1.1 Territorio e contesto demografico	9
2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno	10
2.2 L'Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti	12
2.2.1 Il personale	12
2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti	18
2.3 Progetti di miglioramento della qualità percepita	37
2.4 La Valutazione partecipativa	38
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	40
3.1 Monitoraggio infrannuale	45
3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici	49
3.3 La Performance Organizzativa	50
3.3.1 Obiettivi pienamente/sostanzialmente raggiunti	53
3.4 La Performance Individuale	67
3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2021 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento	67
3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2021– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali	72
3.5 Risultati 2021 su Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione	82
3.5.1 Trasparenza	82
3.5.2 Prevenzione della Corruzione	83
4. Risorse, efficienza ed economicità	90
5. Pari opportunità	97
6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance	97

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 e n. 426 del 16.12.2022 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.

Il sistema degli obiettivi risulta pertanto descritto nel Piano della Performance per l'anno 2022, adottato con delibera n. 25 del 25/01/2022, ripreso inoltre all'interno del nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) approvato con deliberazione n. 179 del 28.06.2022 e ridefinito con delibera n. 311 del 26/09/2022, 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 "*...compete 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 e 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.

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" del Piano della Performance 2022, 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. 159 del 27/04/2023 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2022 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 2022.

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

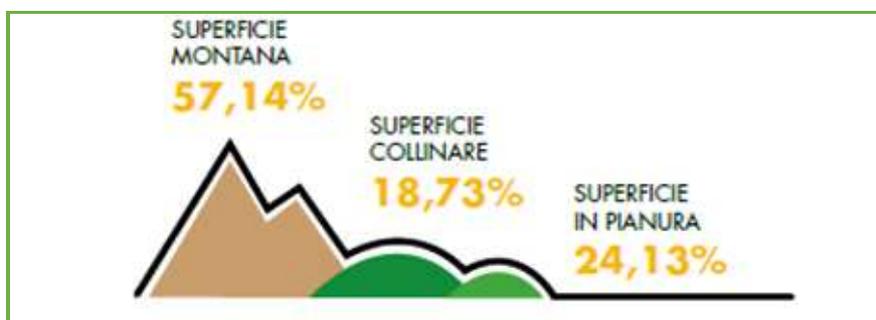
Il documento prosegue poi con la presentazione dei risultati raggiunti ed è corredato da schede sinottiche e grafici, che riassumono l'andamento degli obiettivi, riportando il sistema di misurazione utilizzato, nello specifico sia delle valutazioni della performance organizzativa sia dell'analisi della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

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

2.1 Il contesto esterno di riferimento

2.1.1 Territorio e contesto demografico

L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km²; il territorio di riferimento ricomprende 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 2021 è 410.892, 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 Km²).



RESIDENTI AL 31/12/2021 NEL TERRITORIO DELL'ASL CN1 (aggiornato con dati BDDE maggio 2023)

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Distretto SUD-OVEST					
FEMMINE	10.850	20.530	28.929	21.388	81.697
MASCHI	10.301	21.885	29.092	17.476	78.574
TOT.	21.151	42.415	58.021	38.864	160.451
Distretto SUD-EST					
FEMMINE	4.955	9.759	15.219	12.315	42.248
MASCHI	5.159	10.778	14.873	10.230	41.040
TOT.	10.114	20.547	30.092	22.545	83.298
Distretto NORD-OVEST					
FEMMINE	4.806	9.672	14.191	10.745	39.414
MASCHI	5.165	10.777	14.664	8.943	39.549
TOT.	9.971	20.449	28.855	19.688	78.963
Distretto NORD-EST					
FEMMINE	5.914	11.242	15.624	11.539	44.319
MASCHI	6.351	12.298	15.942	9.270	43.861
TOT.	12.265	23.540	31.566	20.809	88.180
TOT.GEN.					
FEMMINE	25.976	51.203	73.617	55.987	206.783
MASCHI	27.525	55.748	74.917	45.919	204.109
TOT.	53.501	106.951	148.534	101.906	410.892

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

L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

ANNO	TOTALE ASL CN1	DETTAGLIO DISTRETTI ASL CN1				PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
		Nord Est	Nord Ovest	Sud Est	Sud Ovest			
31/12/2019	415.412	89.165	79.640	84.650	161.957	586.568	4.341.375	59.641.488
31/12/2020	412.226	88.483	79.252	83.619	160.872	581.798	4.274.945	59.236.213
31/12/2021	410.892	88.180	78.963	83.298	160.451	580.155	4.256.350	59.030.133

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 5.030.716 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2021, 411.095 si trovano in Piemonte (8,17%), 61.521 in Provincia di Cuneo (1,22%), mentre 42.033 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,83%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
31/12/2019	41.694	61.630	429.375	5.039.637
31/12/2020	42.526	62.193	417.279	5.171.894
31/12/2021	42.033	61.521	411.095	5.030.716

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 23-5653 del 19/09/2022 ha definito gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'annualità 2022 e che sono stati recepiti con un peso importante negli obiettivi 2022 (nelle schede il peso riportato è pari 100% della quota di incentivazione prevista per il periodo 1° gennaio-31 dicembre 2022).

Gli obiettivi assegnati per l'anno 2022, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in cinque aree articolate come segue:

Obiettivi propedeutici	
Obiettivo preliminare art. 1 comma 865 legge 145/2018: tempi di pagamento -	La quota di indennità di risultato condizionata al presente obiettivo non può essere inferiore al 30% (0% se tempi >60 gg o debito residuo non ridotto del 10%; 50% se tempi >30 gg; 75% se tempi >10 gg; 90% se tempi >1 gg)
Obiettivo di accesso	Progetto regionale sperimentale di Telemedicina: il punteggio complessivamente risultante dalla valutazione del sistema obiettivi sarà fatto oggetto di una ulteriore "pesatura", con riferimento al raggiungimento dello specifico obiettivo assegnato in materia di Telemedicina, il cui mancato raggiungimento comporterà la decurtazione del punteggio complessivamente conseguito di una percentuale del 5%. L'indicatore consiste nel numero di pazienti in assistenza domiciliare presi in carico con la piattaforma sperimentale nel IV trimestre 2022. Essendo la progettualità nel primo anno di sperimentazione, l'obiettivo verrà considerato raggiunto se verranno presi in carico almeno il 10% dei pazienti in assistenza domiciliare dal 1° ottobre al 31 dicembre 2022.
Area	Obiettivo
1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento	1.1 Completamento degli interventi ex DGR N. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2
	1.2 Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - PNRR - M6C1
	1.3 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - PNRR -M6C2
2. Qualità	2.1 Area osteomuscolare
	2.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
	2.3 Appropriately nell'assistenza al parto
	2.4 Donazione d'organo
	2.5 Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding
	2.6 Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
3. Farmaci e dispositivi medici	3.1 Miglioramento della qualità flussi informativi farmaceutica
	3.2 Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva
	3.3 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici
4. Transizione post-emergenza	4.1 Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero
	4.2 Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici
	4.3 Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
	4.4 Piano di recupero vaccinazioni programmate
	4.5 Tamponi e vaccini Anti covid-19
	4.6 PanFlu
5. Prevenzione	5.1 Piano della Prevenzione
	5.2 Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)

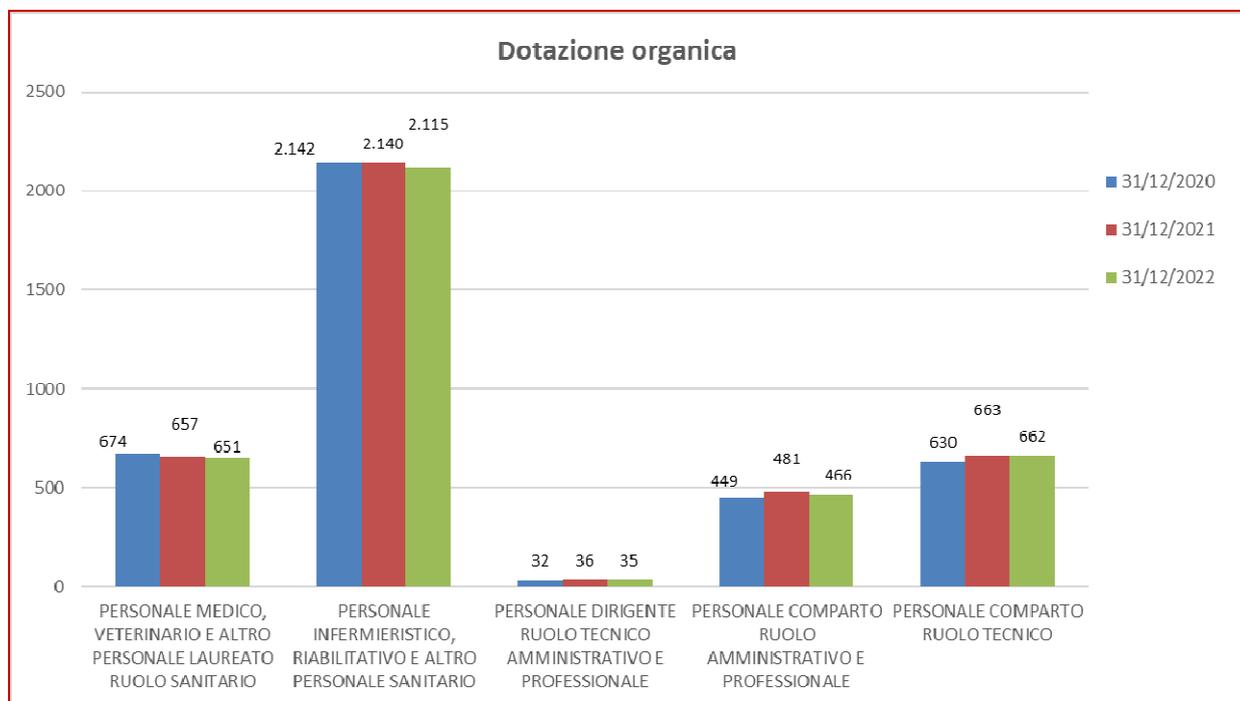
Nel provvedimento regionale, al fine di garantire una programmazione uniforme sul territorio regionale, viene sottolineata la necessità che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee 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 anno 2022 e nel P.I.A.O. anno 2022.

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

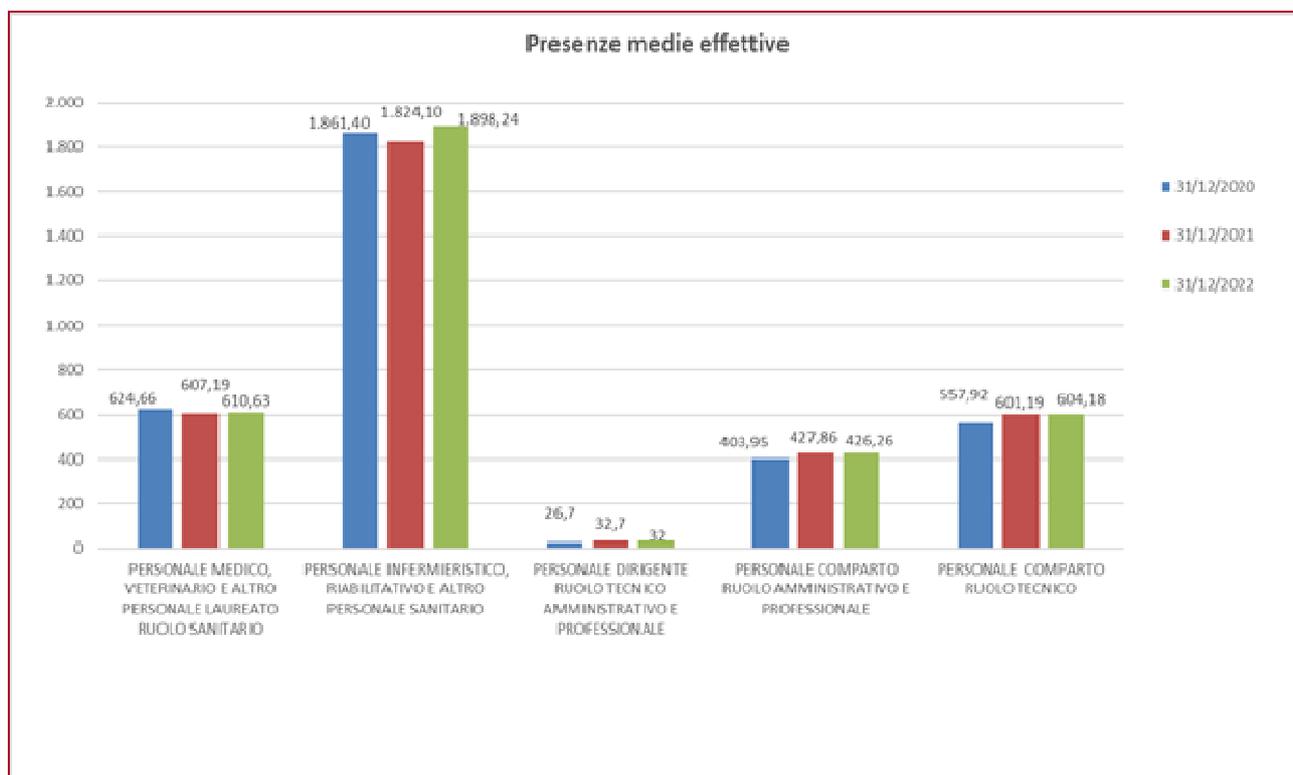
2.2.1 Il personale

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	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	674	657	651
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	2.142	2140	2115
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	32	36	35
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	449	481	466
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	630	663	662
TOTALE AZIENDA	3.927	3.977	3.929



PRESENZE MEDIE EFFETTIVE	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	624,66	607,19	610,93
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	1.861,70	1.824,11	1.898,24
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	26,70	32,7	32
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	403,95	427,86	426,26
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	557,92	601,19	604,18
TOTALE	3.474,93	3.493,19	3.571,49



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.

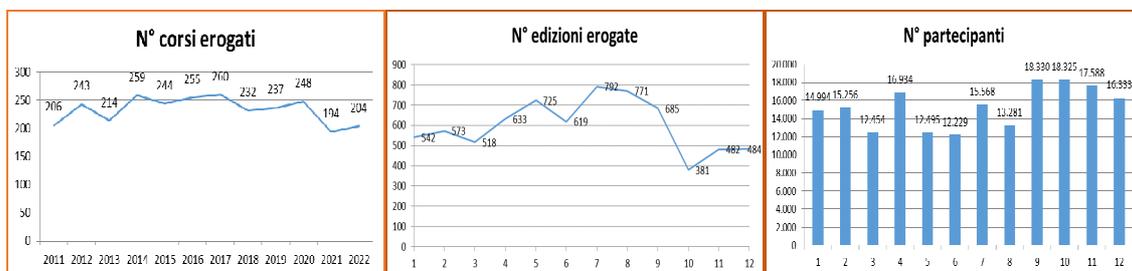
Nell'ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l'Azienda ha definito il Piano

della Formazione per l'anno 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022 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, Deliberazione del Direttore Generale n. 181 del 16/03/2021 e Deliberazione n. 69 del 28/02/2022.

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 corso dell'anno 2022, a fronte di 306 corsi programmati, ne sono stati erogati 204 di cui 134 residenziali, 36 formazioni sul campo, 20 corsi FAD e 14 corsi non accreditati per un totale di 484 edizioni e n. 16.333 partecipazioni; sono stati rilasciati n° 9.795 attestati con Crediti ECM e n° 2.747 attestati di partecipazione non ECM per un totale di n° 12.542; 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:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N° corsi	206	243	214	259	244	255	260	232	237	248	194	204
N° edizioni	542	573	518	633	725	619	792	771	685	381	482	484
N° partecipanti effettivi	14.994	15.256	12.454	16.934	12.495	12.229	15.568	13.281	18.330	18.325	17.588	16.333



Facendo riferimento al dettaglio dei corsi di cui all'Allegato A della Delibera del Direttore Generale n. 29 del 25 gennaio 2023 e raggruppando i corsi sulla base degli ambiti e obiettivi indicati nella Delibera di programmazione n. 69/2022 è possibile sintetizzare i dati come indicato nella tabella seguente:

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		Corsi previsti	Corsi associati a piano	Corsi svolti	N° edizioni svolte
A COMUNICAZIONE E RELAZIONE	7	La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato	1	area comunicazione e relazione	18	9	9	10
	12	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	1	area comunicazione e relazione		8	8	11
	16	Etica, bioetica e deontologia	10	area etica e deontologica		2	2	2
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	50	5	5	22
	2	Linee guida - protocolli - procedure	9	area metodologica		5	5	5
	3	Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura	8	area qualità e risk management		6	6	21
	11	Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	7	area gestionale e manageriale		0	0	0
	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		3	3	5
C RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	6	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	8	area qualità e risk management	47	4	4	7
	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		31	31	57
D PREVENZIONE CURE PRIMARIE E SALUTE MENTALE	9	Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera	2	area cure primarie e cure domiciliari	73	1	1	2
	10	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	19	area prevenzione e promozione della salute		8	8	12

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE	OBIETTIVO REGIONALE	Corsi previsti	Corsi associati a piano	Corsi svolti	N° edizioni svolte		
	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		14	14	17
		4	area materno infantile e dell'adolescenza		10	12	17	
		5	area delle dipendenze		5	5	6	
	24	Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria		2	2	4
E EMERGENZA URGENZA	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	18	area emergenza ed urgenza	28	28	28	150
F MEDICO, CHIRURGICO E RIABILITATIVO	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	3	area salute mentale	85	11	11	12
			4	area materno infantile e dell'adolescenza		4	4	12
			11	area specialità chirurgiche		7	7	12
			12	area specialità mediche		18	18	43
			13	area oncologica		1	1	2
			15	area diagnostica		2	2	3
			28	area riabilitazione		10	10	25
G EMERGENZA COVID	20	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali	20	area igiene - sanità pubblica veterinaria	5	3	3	5
EXTRA Piano	28	Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto	11	area specialità chirurgiche		1	1	6
			TOTALE		306	202	204	484

Considerato che, per quanto attiene la formazione fuori sede, nel corso dell'anno 2022 sono state autorizzate le attività come descritto nell'Allegato B alla Deliberazione n° 29 del 25 gennaio 2023.

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 un terzo del debito formativo del triennio 2020-2022 per tutti i Professionisti Sanitari che durante l'emergenza COVID-19 abbiano continuato a svolgere la propria attività, si è comunque garantito il raggiungimento medio di crediti per Area contrattuale come previsto dai CCNLL vigenti e sintetizzato nella tabella seguente:

AREA CONTRATTUALE	Totale Personale	Personale Partecipante	Corsi in sede		Prov. Piemonte		Fuori Sede		Totale Crediti	Media Crediti
			Partecipazioni	Crediti	Partecipazioni	Crediti	Partecipazioni	Crediti		
DIRIGENZA MEDICA	655	552	1.458	9.504	285	2.970	672	9.164	21.638	33
DIRIGENZA SP	71	68	327	2.177	48	467	75	1.132	3.776	53
DIRIGENZA TA	40	29	83	0	8	0	6	0	0	0
COMPARTO SANITARIO	2.233	1.987	5.923	49.332	656	8.451	1.899	41.734	99.517	45
COMPARTO NON SANITARIO	1.260	865	1.830	615	60	134	31	272	1.021	1
TOTALE	4.259	3.501	9.621	61.628	1.057	12.022	2.683	52.302	125.952	30
CONVENZIONATO	772	335	650	5.050	102	974	158	2.755	8.779	11
TOTALE	772	335	650	5.050	102	974	158	2.755	8.779	11

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 2019-2022. 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.

A differenza degli anni precedenti, è stato mantenuto il 2019, per consentire di mettere in evidenza l'andamento del 2021-2022 rispetto al periodo pre-COVID. Come di consueto, gli anni considerati sono stati rappresentati in forma di confronto, ma è indispensabile fornire alcune preliminari informazioni per consentire una corretta chiave di lettura dei dati esposti.

Nel 2022, seppure in maniera meno acuta, come già nel 2020 e 2021, la pandemia COVID e il suo andamento spesso imprevedibile, hanno determinato una situazione di produzione e di mobilità passiva assolutamente anomali; pertanto, i dati non potranno essere accompagnati da commenti analitici specifici, i quali si sostanziano, per tutte le tipologie di attività, in quanto contenuto in questa premessa. Il motivo, come noto a tutti, è che dalla fine di febbraio 2020, in ottemperanza alle direttive nazionali e regionali, l'emergenza coronavirus ha comportato una completa riorganizzazione del Servizio Sanitario e la temporanea, ma ripetuta, sospensione di tutte le attività non urgenti sia per quanto riguarda il ricovero sia per la specialistica ambulatoriale.

Il conseguente forte calo di attività ordinaria osservato nel biennio 2020-2021, 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. Va segnalato che nel 2021 e 2022 molte risorse di personale dell'ASL, a differenza di quanto successo per le Aziende Ospedaliere e per le strutture private accreditate, sono state impiegate in attività legate all'emergenza COVID, rendendo quindi molto difficile il pieno recupero della produzione, soprattutto per quanto riguarda l'attività di ricovero.

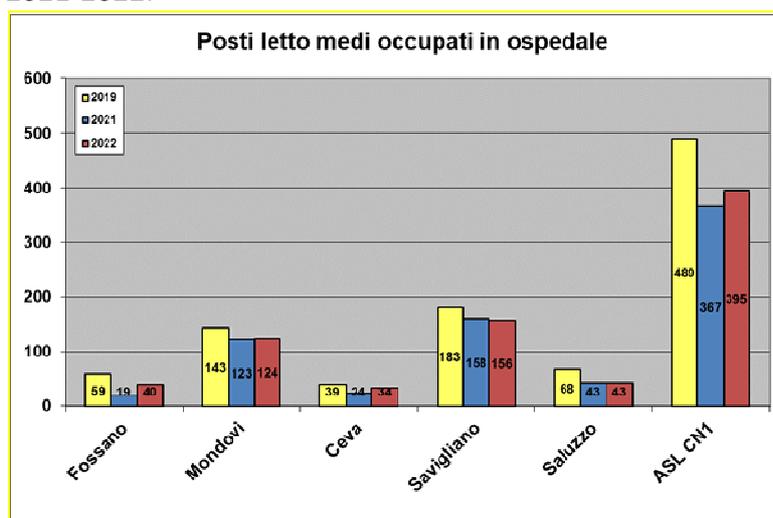
Tuttavia l'Azienda, secondo quanto indicato nelle D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 (Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici) e nella DGR 4-4878 del 14.04.2022 (Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso), ha messo in atto, in proporzione alla disponibilità delle risorse di personale ancora in parte impiegate in attività COVID correlate, numerose misure finalizzate al recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Va aggiunto infine che il presidio di Saluzzo è stato individuato come ospedale COVID di riferimento per l'Area Omogena Piemonte SUD-OVEST (DGR 01492_1050 del 12.06.2020). Ciò ha comportato,

soprattutto nei periodi di picco pandemico, una importante diminuzione dell'attività di degenza cosiddetta 'pulita', ambulatoriale e chirurgica programmata per consentire la presa in carico dei pazienti COVID.

Per le motivazioni sopra descritte, la produzione totale dell'ASL CN1 del 2022, pur essendo sensibilmente aumentata rispetto al 2021, è ancora comunque inferiore al periodo pre-covid.

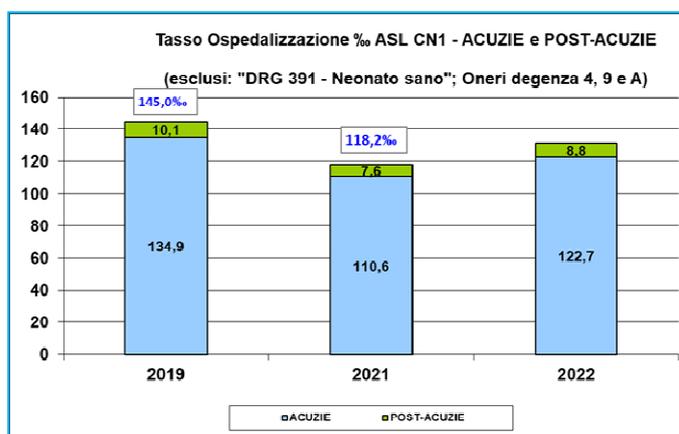
Posti letto

Nel grafico sottostante è dettagliata l'occupazione media giornaliera dei posti letto ospedalieri nel triennio 2019-2021-2022:

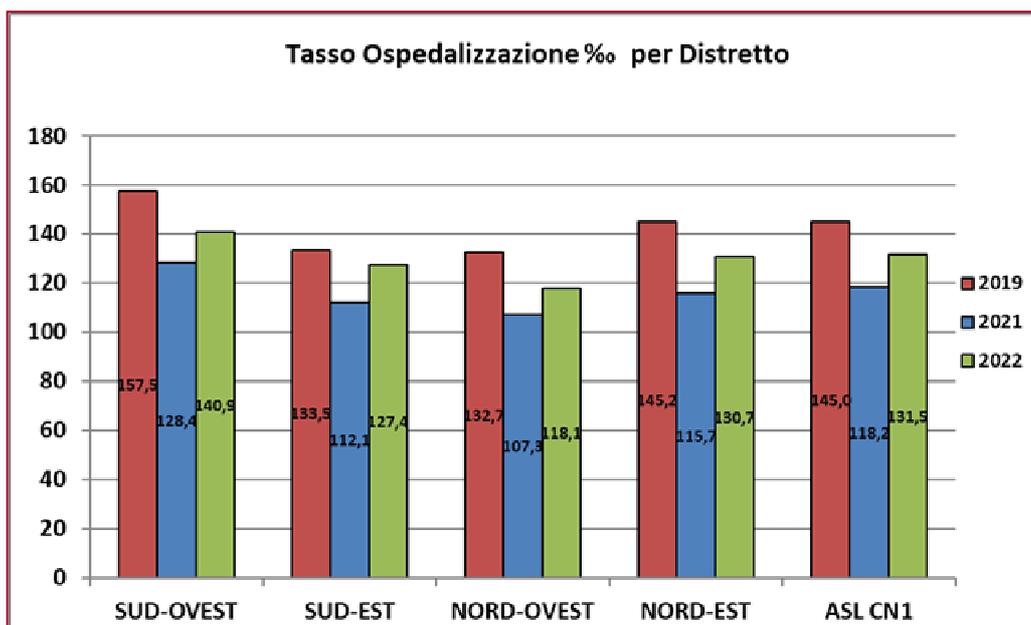


Tasso di Ospedalizzazione

Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione nel 2022 è relativo al 2021, in quanto l'ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per macroarea di ricovero e nel secondo per Distretto.

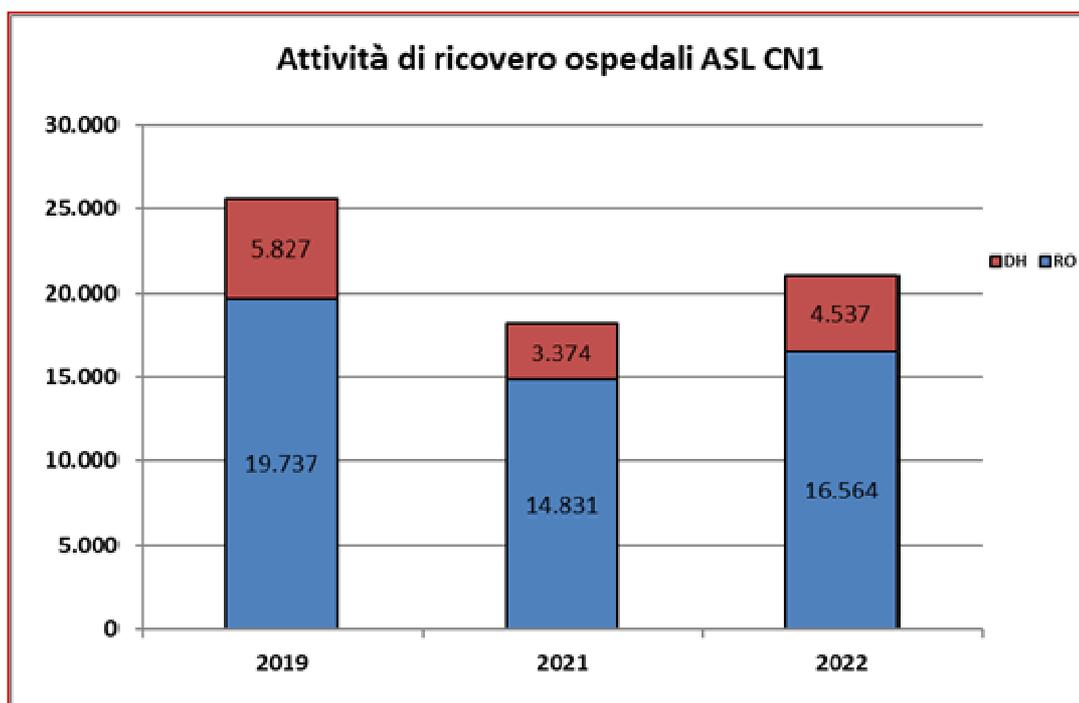


Per quanto nel 2022 risulti evidente una significativa ripresa dell'attività, il tasso di ospedalizzazione è ancora marcatamente e diffusamente inferiore al 2019. Si segnala inoltre, come già in passato, una differenza ancora abbastanza rilevante a livello distrettuale, ma con trend in miglioramento, con il tasso più elevato nel Sud-Ovest e più basso nel 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, 2021 e 2022:



Produzione ricoveri 2019-2021-2022 (CASI)

Ospedali	2019			2021			2022			2022 vs. 2021	
	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	N°	%
Area NORD	12.037	3.618	15.655	8.546	1.728	10.274	9.372	2.328	11.700	1.426	13,9%
Area SUD	7.700	2.209	9.909	6.285	1.646	7.931	7.192	2.209	9.401	1.470	18,5%
TOT ASL CN1	19.737	5.827	25.564	14.831	3.374	18.205	16.564	4.537	21.101	2.896	15,9%

Produzione ricoveri 2019-2021-2022 (VALORE)

Ospedali	2019			2021			2022			2022 vs 2021	
	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	N°	%
Area NORD	43.339.021	4.562.828	47.901.849	33.757.097	2.174.401	35.931.497	36.845.878	2.986.768	39.832.647	3.901.149	10,9%
Area SUD	28.127.190	2.801.871	30.929.061	23.495.726	2.214.574	25.620.301	24.881.892	2.802.172	27.684.064	2.063.763	8,1%
TOT ASL	71466.211	7.364.699	78.830.909	57.252.823	4.298.975	61.551.798	61.727.770	5.788.940	67.516.711	5.964.913	9,7%

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2021-2022 (CASI)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2021	2022	2022 vs. 2021	
					N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area SUD	586	375	430	55	14,7%
	P.O. Area NORD	2.566	1.503	1.532	29	1,9%
	TOTALE	3.152	1.878	1.962	84	4,5%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	28.221	23.052	25.143	2.091	9,1%
	Altro	10.388	9.795	10.533	738	7,5%
	TOTALE	38.609	32.847	35.676	2.829	8,6%

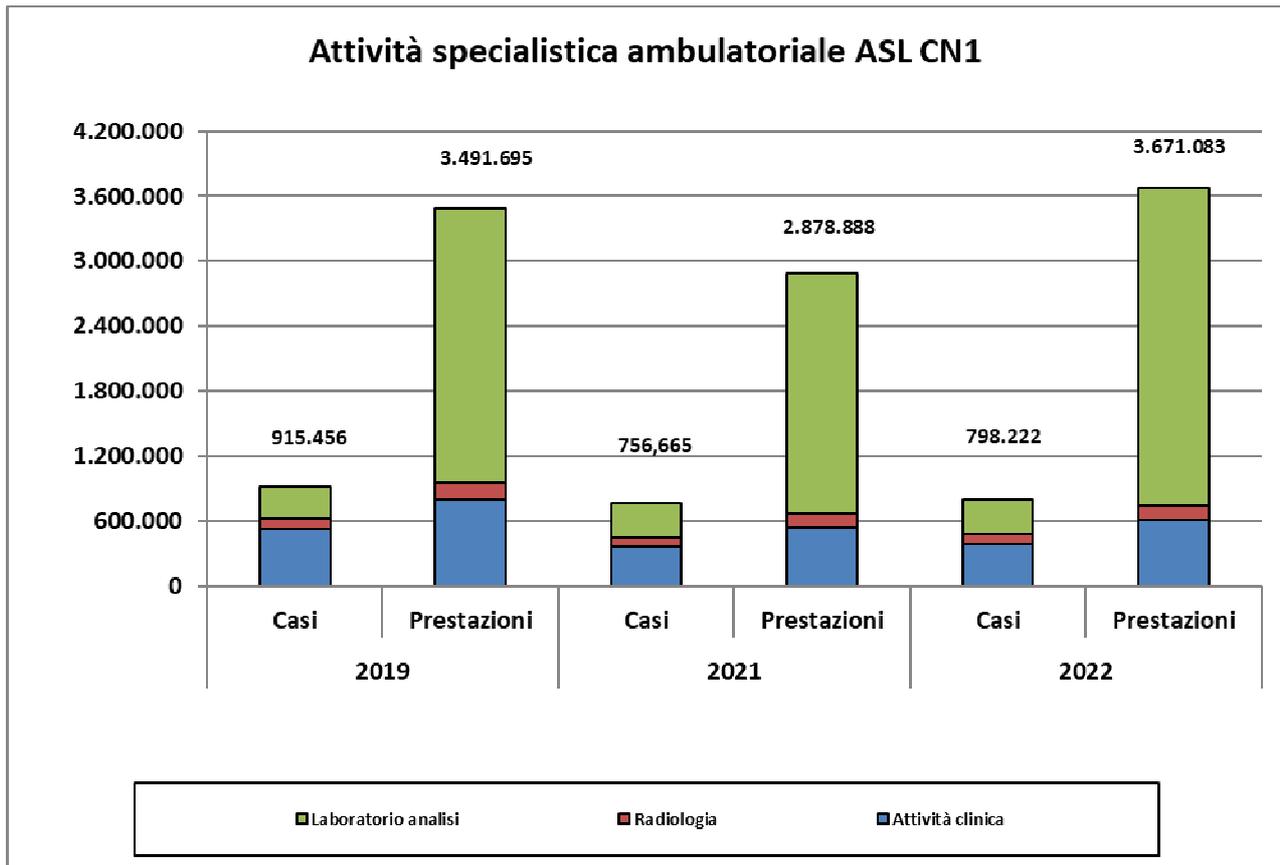
Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2021-2022 (VALORE)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2021	2022	2022 vs. 2021	
					N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area SUD	1.983.625	1.228.830	1.280.803	51.973	4,2%
	P.O. Area NORD	7.522.231	5.477.087	5.224.714	-252.373	-4,6%
	TOTALE	9.505.856	6.705.917	6.505.517	-200.400	-3,0%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	98.392.553	87.534.528	92.913.042	5.378.514	6,1%
	Altro	39.928.765	41.605.052	45.498.743	3.893.691	9,4%
	TOTALE	138.321.318	129.139.580	138.411.785	9.272.205	7,2%

La produzione totale ASL CN1, pur in incremento rispetto al 2021, sia in termini di casi che di valore è ancora inferiore al 2019.

Tale differenza è da attribuirsi principalmente a due fattori. Nel presidio di Savigliano il calo importante di parti/nascite (circa 400 parti in meno rispetto al 2019) ha comportato una significativa diminuzione di ricoveri nel reparto di Ostetricia e nel Nido. Va considerato inoltre che il presidio di Saluzzo è stato individuato ospedale COVID di riferimento per l'area omogenea Piemonte SUD-OVEST (DGR 01492_1050 del 12.06.2020), pertanto la produzione in tale sede è stata, per tutto il 2022, molto limitata in quanto sono state riorganizzate le attività al fine di facilitare l'appropriatezza dei percorsi e dei ricoveri COVID (considerevole riduzione dell'attività chirurgica e medica NO COVID).

La mobilità passiva risulta aumentata rispetto al 2021 ma con un trend di crescita inferiore rispetto a quello della nostra produzione (+15,9% incremento produzione, +7,2% incremento mobilità passiva).



L'attività complessiva erogata in regime ambulatoriale nell'anno 2022 è superiore rispetto a quella del 2019. Tuttavia l'attività clinica non è ancora in linea con i volumi del periodo pre-COVID. Tale riduzione è anche in parte legata ad un mutato utilizzo della codifica di tre tipologie di prestazioni (numericamente significative) che sono anche state oggetto di monitoraggio nel piano regionale per il recupero delle liste d'attesa. In particolare l'utilizzo di codici fuori nomenclatore tariffario per le prestazioni erogate dal consultorio, il prevalente utilizzo dei codici prestazioni EMG riferite a più segmenti ed il maggiore utilizzo del codice prestazione aggregato visita cardiologica + ECG hanno comportato una netta diminuzione dei quantitativi registrati a fronte di un equivalente numero di prestazioni erogate.

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

Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2019-2021-2022

TIPO MOBILITA'	2019		2021		2022		2022 vs. 2021			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
Intraregionale	134.801	2.506.651	125.578	1.820.655	131.331	1.971.883	5.753	4,6%	151.228	8,3%
Extra-regionale	87.209	1.328.988	53.472	799.610	63.247	869.049	9.775	18,3%	69.439	8,7%
TOTALE	222.010	3.835.639	179.050	2.620.265	194.578	2.840.932	15.528	8,7%	220.666	8,4%

Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2019-2021-2022

EROGATORE	2019		2021		2022		2022 vs. 2021			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa		
ASO Cuneo	1.573.706	32.792.244	1.480.431	33.016.716	1.590.142	38.452.632	109.711	7,4%	5.435.916	16,5%
Altro	311.465	7.713.110	300.770	7.867.729	322.158	8.543.954	21.388	7,1%	676.226	8,6%
TOTALE	1.885.171	40.505.355	1.781.201	40.884.445	1.912.300	46.996.587	131.099	7,4%	6.112.142	14,9%

Anche in questo caso la mobilità passiva risulta aumentata rispetto al 2021 ma con un trend di crescita inferiore rispetto a quello della nostra produzione (+27.5% incremento produzione, +14.9% incremento mobilità passiva).

Accessi Pronto Soccorso 2019-2021-2022 (produzione ASL CN1)

CODICE COLORE	2019	2021	2022	2022 vs. 2021
Bianco	10.435	2.493	2.466	-27
Verde	85.936	55.885	32.042	-23.843
Azzurro		-	37.239	37.239
Arancione	9.969	7.687	11.292	3.605
Rosso	781	671	1.051	380
Totale	107.121	66.736	84.090	17.354

Nel 2022 si è registrato un consistente incremento del numero di accessi rispetto al 2021, evidente non solo per i codici verde-azzurro, ma anche per quelli a priorità elevata (arancione-rosso), mentre la riduzione del numero di accessi osservata nel 2020 e 2021, nel complesso molto consistente, come prevedibile, risultava molto più marcata soprattutto nelle casistiche di minore complessità (codici bianchi e verdi).

A partire da marzo 2020, 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 di Mondovì e Savigliano. Nel 2022 sono state riattivate le sedi di Ceva e Saluzzo, ma limitatamente alla fascia oraria diurna (8-12).

Come si evince dalla tabella, si segnala infine che da gennaio 2022 è stato introdotto il codice colore azzurro (come da indicazioni regionali), riferito alla casistica più complessa del precedente codice verde.

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	GIORNATE DI DEGENZA			
	2020	2021	2022	I TRIM 2023
SUD OVEST	55.184	55.665	56.595	14.302
SUD EST	22.066	21.391	20.018	4.801
NORD OVEST	16.751	16.790	16.248	4.219
NORD EST	34.116	35.839	34.998	8.899
	128.117	129.685	127.859	32.221

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:

TIPO CURA	2021		2022	
	II		II	
	I SEMESTRE	SEMESTRE	I SEMESTRE	SEMESTRE
SRD-RRF	216	182	196	182
ADI+UOCP	195	193	209	191
ADP	949	861	770	710
ADI	2.134	982	2.569	627
SID	5.102	4.784	4.929	4.569
SRD-NPI		1		
TOTALE	8.596	7.003	8.673	6.279

		2021		2022	
		I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
ADI	Fisioterapista	373	238	244	202
	Infermiere	16.465	16.950	14.101	13.377
ADP	Fisioterapista	62	62	74	72
	Infermiere	3.033	3.359	2.947	2.854
SID	Fisioterapista	891	512	654	398
	Infermiere	52.913	53.936	51.810	52.535
ADI+UOCP	Fisioterapista	1	48	8	8
	Inf. UOCP	1.565	1.525	1.812	1.826
	Infermiere	1.144	766	356	107
SRD-RRF	Fisioterapista	1.443	1.016	1.075	898
	Infermiere	190	271	191	224

Dati di attività relativi alle Cure Domiciliari

Utenti >=65 aa. in carico 2020-2022-I TRIM 2023

DISTRETTO	Mono-professionale			Multi-professionale			Totale		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
SUD OVEST	431	759	1.189	3.244	4.377	4.141	3.675	5.136	5.330
SUD EST	430	351	524	2.535	3.440	2.766	2.965	3.791	3.290
NORD OVEST	460	452	563	2.184	2.807	2.728	2.644	3.259	3.291
NORD EST	848	747	538	2.075	2.618	2.413	2.923	3.365	2.951
Totale ASL CN1	2.169	2.309	2.814	10.038	13.242	12.048	12.207	15.551	14.862

I dati del Dipartimento di Salute Mentale

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

n. 8	Centri di Salute Mentale	Cuneo, Boves, Dronero, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo, Savigliano
n. 3	Ambulatori decentrati	Busca, Borgo S. Dalmazzo e Caraglio

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

L'attività dei Centri di Salute Mentale in numeri:

Attività	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Utenti in carico	5.966	5.418	5.905
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	34.035	36.820	38.120
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	36.520	32.665	31.799

Borse lavoro (n. utenti)	174	169	150
Assegni terapeutici (n. utenti)	184	206	175

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

Gli SPDC del D.S.M.	N. posti letto	Anno 2021	Anno 2021	Anno 2022
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	521	540	581
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	291	295	333
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	284	313	330
Totale	48 pl	1.096	1.148	1.244

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 2020	Anno 2021	Anno 2022	Note

Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti	1.610	1.562	1.599	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti in carcere	119	112	139	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERD in carcere
Totale	1.729	1.674	1.738	

Prestazioni ambulatoriali	Sanitarie (visite mediche)	Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)	Totali
Anno 2022	Globali visite mediche: 13.282	Prestazioni psicologiche: 4.645 Prestazioni del Comparto: 10.685	28.612
Anno 2021	Globali visite mediche: 12.172	Prestazioni psicologiche: 4.305 Prestazioni del Comparto: 10.306	26.776
Anno 2020	Globali visite mediche: 10.689	Prestazioni psicologiche: 3.582 Prestazioni del Comparto: 8.353	22.624

N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta	Strutture accreditate per le dipendenze	Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)
Anno 2020	14.308	3.003
Anno 2021	16.703	3.008
Anno 2022	15.505	3.732

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 SERD ANNO 2022 (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 insegnanti CNOS SAVIGLIANO 15 insegnanti	Tutta l'ASL
Nome progetto	Target	Tipo di intervento	Numeri	Sede degli interventi
Cantiere Adolescenti (in collaborazione con DSM, consultorio, NPI)	Adolescenti 14-24 anni	Intervento di aggancio precoce, valutazione e presa in carico, cooperazione tra servizi, sviluppo competenze.	Attività diversificate	4 sedi in ASL: Mondovì, Cuneo, Saluzzo e Savigliano

FREE STYLE	Studenti terza superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	31 Classi 578 studenti. Progetto svolto in presenza	Distretto di Savigliano –Fossano
Che ne S' AIDS	Studenti quarta superiore	Informativo sui rischi da malattie infettive, in modo particolare la patologia da HIV	68 classi 1373 studenti Progetto svolto in presenza	Distretto di Savigliano –Fossano e Saluzzo.
INSIDE OUT	Adolescenti e giovani	Informativo, preventivo.	2 serate a Saluzzo rivolti alla popolazione.	Tutto il territorio dell'ASL CN1
#DACHEDIPENDE	Studenti prima/terza superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education	20 classi 390 studenti	Distretto di Mondovì
LE STANZE	Insegnanti	Workshop su tematiche adolescenza, stili di vita, percezione del rischio.	420 INSEGNANTI	Distretto Saluzzo
“Insieme per fare la differenza – responsabilità individuale e cambiamento, incontro con Giovanni Impastato”	Insegnanti e Studenti	Informativo sulle tematiche del narcotraffico ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	247 studenti 12 Insegnanti	Cuneo
Incontri con le Scuole	Insegnanti e Studenti	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	116 studenti 14 Insegnanti	Cuneo
Incontri con i Centri di Aggregazione in collaborazione con Coop Emmanuele	Adolescenti	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	21 ragazzi	Cuneo

PROGETTI A CUI IL SERT COLLABORA

Nome del progetto	Ente gestore	Attività del progetto	Tipo di progetto/ fondi	Modalità di collaborazione
GIOVANI IN CONTATTO “MONREGAL YOU”	Comune di Mondovì	COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani dai 10 ai 25 anni	Progetto finanziato dalla CRC	Partner
Nome del progetto	Ente gestore	Attività del progetto	Tipo di progetto/ fondi	Modalità di collaborazione
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	Asl Servizio Prevenzione	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education	Fondi strutturali ASL	Partner
SAFE & DRIVE	Comune di Cuneo in collaborazione con Comune di Saluzzo, Savigliano, F	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education sull'incidentalità stradale a causa di consumo di alcool e sostanze stupefacenti	Progetto finanziato su fondi DPA (Dipartimento Politiche Antidroga)	Partner
TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANILI SAVIGLIANO	Comune di Savigliano	COMUNITA'-PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani dai 10 ai 25 anni	-	Partner
TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANILI MONDOVI'	Comune di Mondovì	COMUNITA'-PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani dai 10 ai 25 anni	-	Partner
TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANILI SALUZZO	Comune di Saluzzo	COMUNITA'-PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani dai 10 ai 25 anni	-	Partner
TAVOLO DI LAVORO ADOLESCENTI FOSSANO	Collaborazione Enti Pubblici. del Privato Sociale, Comune di Fossano	COMUNITA'-PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani dai 10 ai 25 anni	-	Partner

Dipartimento di prevenzione

AREA A - Sanità Animale Dati di attività 2020 – 2021 - 2022

PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
BOVINI	432.082	395.491	320.366
SUINI	81.505	78.660	71.223
AVICOLI	806.757	857.362	949.953
EQUINI	1.414	1.023	769
OVI-CAPRINI	9.141	9.534	9.448
SELVATICI	839	702	668
SELVAGGINA	0	0	0
ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI	3.651	4.192	3.761

AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale Dati di attività 2020 – 2021 – 2022

ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
BOVINI	240.453	264.053	251.629
SUINI	268.705	261.894	234.323
OVICAPRINI	21.800	28.059	28.405
AVICUNICOLI	10.275.676	10.326.622	8.684.330
EQUINI	30	46	31
CINGHIALI	18	246	169

AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Dati di attività 2020 – 2021 – 2022

ATTIVITA'	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Ispezioni (presso stabilimenti ed allevamenti)	2.539	2.459	2.307
Audit (presso attività produttive, presso allevamenti/stabilimenti)	13	44	68
Campionamento (numero campioni in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte)	1.357	1.244	972
Atti Amministrativi (certificati per export di merci, vidimazione registri, istruttorie riconoscimenti/registrazioni, diritti veterinari emessi)	5.108	5.963	6.061
Pareri (pratiche ambientali/pratiche sportello)	10	189*	81*

*totale pareri a cui hanno contribuito i tre Servizi Veterinari

SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione
Dati di attività 2020- 2021 – 2022

ATTIVITA'	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Ispezioni (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti) Campionamenti (alimenti e acque minerali – acque potabili) *a partire dal 2020 questa voce NON è stata conteggiata in quanto già presente nell'elenco attività	904	1.273	1.325
Audit (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	9	8	9
Campionamento (alimenti - acque minerali - acque potabili)	1.930	2.126	1.832
Atti Amministrativi (certificati esportazione, notifiche temporanee, nr. istruttorie riconoscimenti/registrazioni)	2.307	2.943	3.084
Promozione salute (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione):			
ore dedicate	39	37	95
nr. soggetti raggiunti	519	390	1.488
Nutrizione (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale)			
nr. soggetti raggiunti	0	0	0
pareri, sopralluoghi, riunioni	710	972	1199
ore dedicate	23	16	9
Altre Autorizzazioni (pareri pratiche ambientali e da SUAP)	92	70	193

SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro
Dati di attività 2020 – 2021 – 2022

ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo	971	906	1.297
Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08)	2.794	5.443	8.150
Infortuni registrati	685	321	699
Inchieste infortuni concluse	24	44	27
Malattie professionali pervenute	56	73	88
Malattie professionali indagate	72	72	85
Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente	13	15	8
Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08	3.188	621	500

SISP – Igiene e Sanità Pubblica
Dati di attività 2020 – 2021 – 2022

(*) Attività ora svolta da SSD AMBIENTE/ (**) Attività svolta da SISP e/o SSD AMBIENTE

ATTIVITA'	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti –progetti edilizi e rilascio pareri di competenza (*)	280	585	70
Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate) (*)	214	276	89
Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo (*)	505	540	145
Nr attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi (*)	310	209	41
Nr attività finalizzate ad autorizzazione o controlli di altri edifici (*)	384	314	334
Nr attività finalizzate a controllo in ambiente esterno e altri controlli (*)	372	314	130
Nr partecipazione a commissioni (**)	155	123	163
Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti	27	39	200
Nr attività di polizia mortuaria	5.005	7.237	7.500
Nr. controlli malattie infettive	46.852*	49.749 *	93.430**
Nr. persone a cui è stato fornito counselling per viaggi	422	532	650

Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate			
Nr. vaccinazioni gestite	53.064	63.721	64.830
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	49.755	57.631	57.845
Vaccinazioni COVID***			
Nr. Vaccinazioni gestite	0	800.000	200.000
Gestione campagna vaccinazione antinfluenzale			
Nr. vaccinazioni gestite	70.000	70.000	74.000
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	846	536	71

*Di cui 48.720 tracciamento e sorveglianza Coronavirus e 1.029 altri controlli malattie infettive.

** Persone positive al COVID a cui sono stati verificati gli esiti dei tamponi e inserito guarigione sul Portale COVID della Regione Piemonte, rapporti con RSA per gestione contatti, rapporti con Ospedali, cittadini, ecc. ecc.

*** Riguarda le attività di prenotazioni, redazione dei calendari delle sedute vaccinali, popolamento delle sedute, rapporti con CSI per la gestione SIRVA, partecipazione alle sedute di personale infermieristico SISP. ecc

Medicina dello Sport
Dati di attività 2020 – 2021 – 2022

ATTIVITA'	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Visite Mediche	1.797	1.690	1.236
ECG a riposo e da sforzo	1.807	1.690	1.236
Esame Urine	1.801	1.661	1.233
Spirometria	1.797	1.690	1.236
Certificazioni di idoneità/non idoneità	1.824	1.612	1.236

Medicina Legale
Dati di attività 2020 – 2021 – 2022

ATTIVITA'	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Patenti e Certificazioni	8.600	8.158	8.541
Porto d'Armi	460	673	383
Idoneità per il lavoro	2.200	1.763	1.784
Stati invalidanti	10.000	12.273	11.696
Certificazioni	130	90	131
Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti	15	24	15
Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni	446	438	429
Medicina necroscopica	5.300	5.808	5.284
Gestione del rischio clinico (Risk management)	49	59	52
Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce			

P.M.P.P.V
Dati di attività 2020 – 2021 – 2022

ATTIVITA'	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	
Interventi (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)	1.948	2.851	1.657	
Interventi in reperibilità	177	168	135	
Attività specifiche:	Nr. marchi auricolari duplicati	9.916	9.953	8.581
	Ore di collaborazione	189:00	200:00	284:30
Promozione della salute (ore dedicate ad educazione sanitaria)	0		22	

SCREENING DI PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCREENING ONCOLOGICO "PREVENZIONE SERENA"				
PROGRAMMA N. 4				
TEST	INDICATORI	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Mammografia	n. inviti alla popolazione	34.503	57.708	52.919
	n. test effettuati	19.916	37.422	36.468
	% adesione al test (spontanee + lettera)	57,7	64,9	68,9
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.345	1.958	1.975
Pap-test/HPV	n. inviti alla popolazione	30.353	50.055	52.585
	n. test effettuati	12.904	24.439	29.404
	% adesione al test (spontanee + lettera)	42,5	48,8	55,9
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	3.457	3.562	3.238
Rettosigmoidoscopia	n. inviti alla popolazione	4.200	3.103	8.155
	n. test effettuati	988	1.250	2.078
	% adesione al test	23,5	40,3	25,5
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	256	248	314
FIT	n. inviti alla popolazione	15.113	24.236	30.696
	n. test effettuati	8.001	14.366	10.619
	% adesione al test	52,9	59,3	34,6
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	825	1.004	895

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, prima del periodo pandemico, venivano 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, sia attraverso questionari appositamente predisposti somministrati ad un campione di utenti; sia mediante la realizzazione di interviste strutturate, o semi-strutturate; organizzazione di focus group.

A causa della riorganizzazione delle attività, determinato dalla pandemia, non è stato possibile procedere ad indagini di customer satisfaction in quanto il flusso di visite e ricoveri è stato completamente rivisto con restrizioni ferree, che hanno reso impossibile valutare l'accessibilità ai servizi. E' stata quindi presa da decisione di procrastinare la rilevazione della customer satisfaction al momento in cui sarà ripristinata la situazione normale.

L'Urp ha comunque continuato anche nel 2022 a svolgere un'attività molto importante di informazione e canalizzazione delle richieste degli utenti in merito alle modalità di vaccinazione Covid 19 ed all'accesso alle strutture sanitarie .

Nel corso del 2022 inoltre l'URP è diventato anche Punto Accoglienza per tutti i cittadini che vogliono operare sul Fascicolo Sanitario Elettronico fornendo informazioni e consulenze su alcune specifiche attività che possono essere svolte attraverso di esso.

Inoltre attraverso gli sportelli dell'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** aperti nelle diverse sedi territoriali è stata gestita una mole di lavoro di circa 29.200 passaggi annui (comprensivi di reclami, segnalazioni, suggerimenti, elogi e informazioni), significativi di un buon coinvolgimento della popolazione e di una costante richiesta di interazione tra Azienda e Cittadino.

Nonostante le difficoltà dovute al periodo pandemico, l'obiettivo dell'azienda è quindi stato quello di cercare un dialogo costante con il cittadino improntato su un'interazione reale e costruttiva al di là dei meri adempimenti normativi.

Sono state implementate attività più dirette e personalizzate di contatto con l'utenza mediante l'utilizzo dei nuovi **canali comunicativi** come il **sito web** (in fase di ristrutturazione) con oltre

900.000 pagine visionate all'anno e i **canali social** con cui si riesce ad avere un'interazione costante con gli oltre 11300 follower e una media di 6000 interazioni a settimana sui post pubblicati.

2.4 La Valutazione partecipativa

Anche grazie alle sollecitazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), l'ASL CN1 ha avviato a partire dall'anno 2021 la gestione della valutazione partecipativa, sia nel rispetto delle norme sia per una diretta volontà di coinvolgimento degli stakeholders.

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.

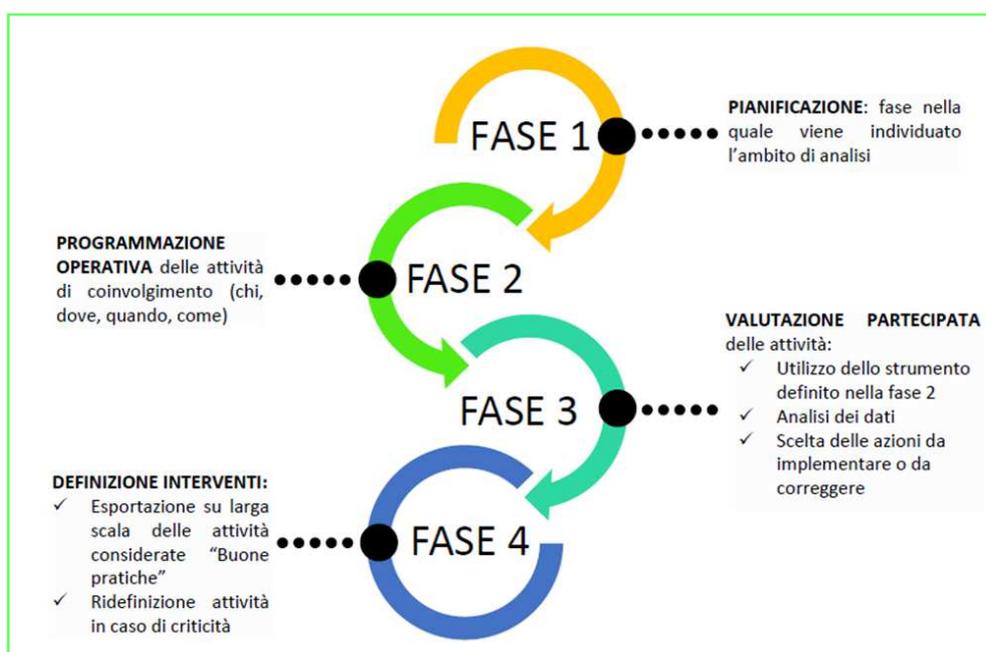
Le finalità del documento sono prevalentemente il cambio di prospettiva in cui il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività, al fine di ridurre l'asimmetria informativa. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare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

Come si è visto il Valore Pubblico richiede la conoscenza e il confronto con i portatori di interesse: lo strumento della Valutazione Partecipativa è quindi un formidabile elemento di dati che consente lo scambio di informazioni e la possibilità di rivedere la progettualità in rapporto alle attese dei cittadini. Il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni della società civile viene sempre più considerato una leva necessaria per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle organizzazioni pubbliche che lo devono promuovere.

Il feedback ricevuto, attraverso reclami, idee e suggerimenti, è considerato un input importante per migliorare servizi e prodotti. Le partnership con le organizzazioni della società civile sono rilevanti nell'intero ciclo di policy in veste di: co-decisor, co-progettatori, co-produttori e co-valutatori.

In qualità di co-decisor i cittadini condividono le decisioni che hanno un effetto su di loro. Come co-progettatori esercitano un impatto sull'erogazione del servizio in risposta a specifici bisogni. Come co-produttori sono coinvolti nel ciclo di produzione e/o erogazione dei servizi. In qualità di co-**valutatori** valutano la qualità dei servizi e delle politiche pubbliche. Premesso pertanto che:

- ✓ le persone possono produrre cambiamento,
- ✓ i cambiamenti che sono partiti dai gruppi sociali hanno più probabilità di essere duraturi rispetto a quelli imposti dall'esterno,
- ✓ le comunità e i gruppi sociali possono sviluppare le capacità per affrontare i propri problemi senza dover necessariamente delegare questo compito all'esterno,
- ✓ per affrontare alcuni problemi è importante attivare le risorse del territorio,
- ✓ i processi democratici richiedono che le persone partecipino nella produzione e nel controllo dei cambiamenti che li riguardano,



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 2022, approvato con Deliberazione n. 25 del 25.01.2022, 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.

Nell'avvio dell'anno 2022 la programmazione ha potuto ritornare a regime, stante il graduale rientro dell'emergenza sanitaria Covid-19 che, nel 2021 aveva richiesto la massima attenzione nella gestione pandemica. 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.

Se fino al 2021 tutta la programmazione delle attività è stata completamente rivoluzionata dagli eventi che si sono susseguiti a seguito dell'emergenza COVID 19, nel budget 2022 si assiste alla ripresa delle attività ospedaliere e il numero di obiettivi (71 contro i 16 dell'anno 2021) è la dimostrazione che questo sistema di budget segna un ritorno alle normali attività aziendali e la convivenza con la gestione pandemica.

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 2022 è stato avviato con la comunicazione Prot. 8080701 del 25/10/2021 da parte della Direzione Generale con la richiesta di far pervenire le proposte entro il 15 dicembre 2022. Si è voluto riproporre l'obiettivo relativo all'emergenza epidemiologica con la seguente denominazione "Emergenze (Covid-19, ...)"

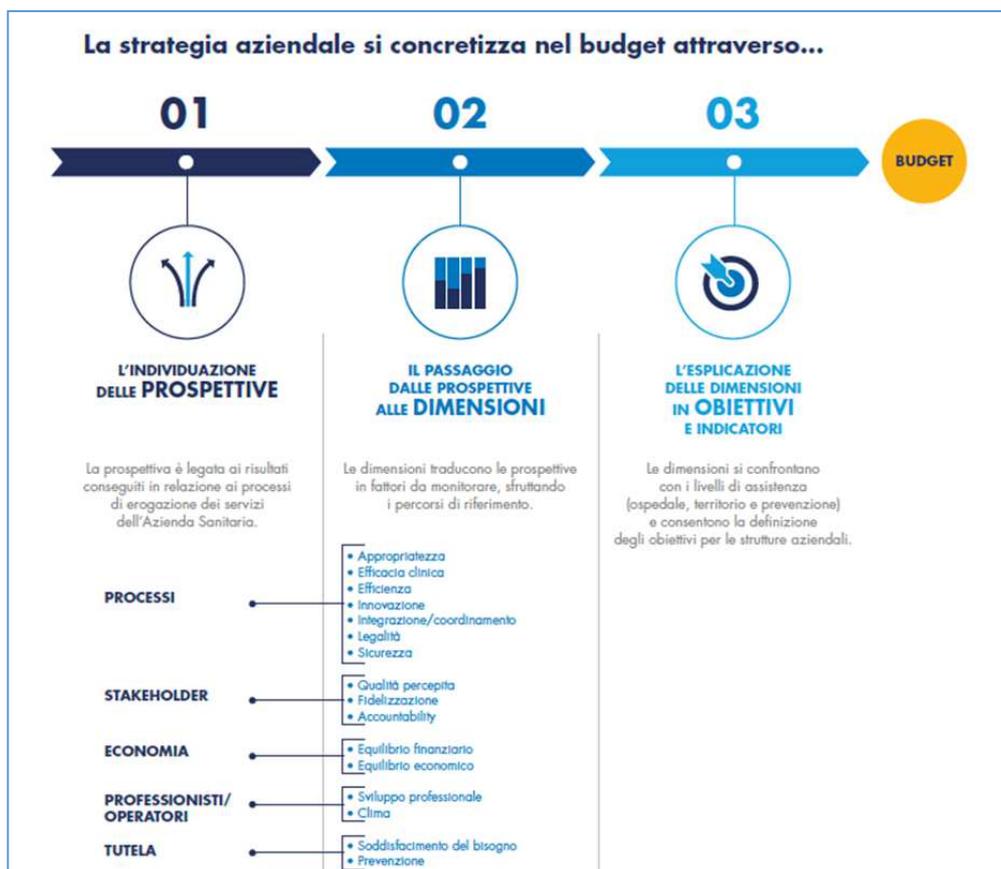
Per l'anno 2022 si sono riprese le riunioni di negoziazione con le Strutture assegnatarie degli obiettivi di budget, in presenza. Le negoziazioni sono iniziate in data 22/03/2022 e si sono concluse in data 13/04/2022, in presenza della Direzione Generale e nelle tre sedi di Cuneo, Savigliano e Mondovì, suddivise per i singoli Dipartimenti.

Nel corso della riunione del Collegio di Direzione del 10/06/2022 la Direzione Generale ha illustrato la Relazione della Performance anno 2021. Successivamente nella riunione del Collegio di Direzione data 30/09/2022, è stato presentato l'aggiornamento del Piano della Performance 2022 e approvato in data 26/09/2022 con deliberazione n. 311.

Per l'anno 2022, la Direzione ha deciso di riproporre l'obiettivo legato alla contabilità analitica, al controllo delle attività erogate e ai costi (contenuto nella Scheda Risorse & Attività), con alcune differenziazioni per le SC Distretti, 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.

Gli obiettivi proposti hanno riguardato tutte le aree e le dimensioni della strategia aziendale del

budget, come illustrato di seguito:



Si sono proposti obiettivi relativi all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e su discussioni di casi clinici per alcune specialità, obiettivi burocratico e anche relativi al controllo dei costi.

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'allocatione 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.

Con riferimento agli Obiettivi di mandato si fa riferimento Deliberazione 12-3294 del 28 maggio

2021 con cui la Giunta Regionale 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.
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.

Obiettivo di mandato	Descrizione	Relazionante
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 sono 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.

La relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale è stata redatta ai sensi del procedimento regionale avviato con la nota prot. n. 00030772 del 24/05/2023 e riferisce quindi sia delle modalità di attuazione e dei risultati ottenuti in riferimento a tali obiettivi, sia di tutte le attività positive e le iniziative poste in essere nei primi 2 anni di incarico, dall'11 giugno 2021 alla data attuale.

La suddetta relazione Generale è stata deliberata dalla Conferenza dei Sindaci in data 07/06/2023

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali la programmazione regionale 2022 si è sviluppata con la D.G.R. n. 23-5653 del 19/09/2022 per cui sono stati individuati gli obiettivi così suddivisi e strutturati:

1. GESTIONE PIANI DI SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO:

1.1	Completamento degli interventi ex DGR N. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2
1.2	Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - PNRR - M6C1
1.3	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - PNRR -M6C2

2. QUALITA':

2.1	Area osteomuscolare
2.2	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
2.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto
2.4	Donazione d'organo
2.5	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding
2.6	Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

3. FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI:

3.1	Miglioramento della qualità flussi informativi farmaceutica
3.2	Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva
3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici

4. TRANSIZIONE POST EMERGENZA:

4.1	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero
4.2	Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici
4.3	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate
4.5	Tamponi e vaccini Anti covid-19
4.6	PanFlu

5. PREVENZIONE

5.1	Piano della Prevenzione
5.2	Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)

I risultati ottenuti sono stati evidenziati nella “*Relazione socio sanitaria aziendale per l’anno 2022*”, approvata con deliberazione n. 103 del 28/02/2023; 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 traguardo definito è stato, nella maggior parte dei casi, raggiunto e comunque tutti gli interventi aziendali sono stati tesi nella ricerca di processi e azioni nella direzione che gli indirizzi regionali hanno individuato.

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 (poi riferite nell’aggiornamento del Piano della Performance a settembre 2022).

A partire dal 2022, la valutazione infrannuale ha nuovamente assunto la sua connotazione di monitoraggio sugli andamenti degli obiettivi con particolare attenzione all’insorgenza di criticità che avrebbero potuto compromettere il raggiungimento del risultato atteso.

Va inoltre sottolineato che il numero di obiettivi (70) rispetto al 2021 (16) è decisamente aumentato anche dal punto di vista delle aree e delle dimensioni. Dalla verifica infrannuale sono scaturite alcune modifiche di alcuni obiettivi che hanno riguardato il target, l’indicatore e, in un caso entrambi, inoltre, a seguito della creazione di una nuova SSD, è stato inserito un nuovo obiettivo.

Gli obiettivi proposti e confermati sono stati i seguenti:

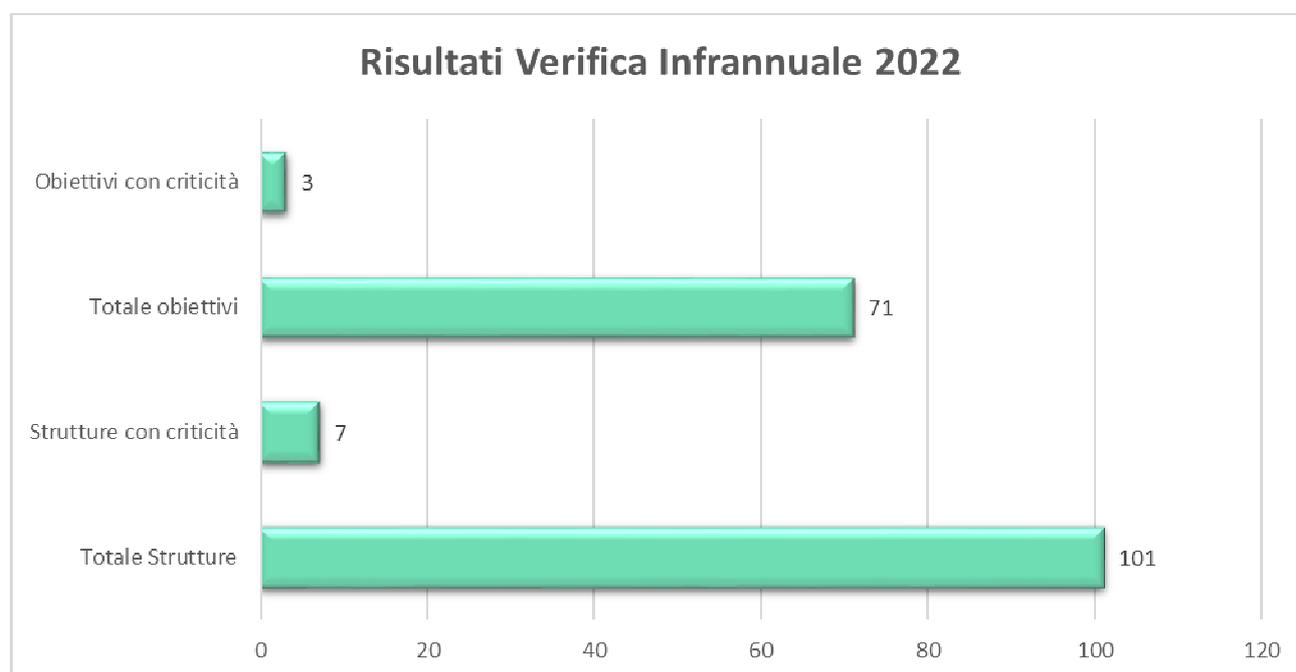
N° OBT	OBIETTIVO	N° Strutture Coinvolte	Proponente/Relazionante
1	Adeguamento procedura sistema di budget.	1	SC Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance
2	Alienazione immobili.	1	SC Servizio Tecnico
3	Analisi dei costi in ambito territoriale.	7	SC Bilancio e Contabilità con supporto contabilità analitica
4	Analisi di progetto di riorganizzazione logistica per eventuale informatizzazione armadietti di reparto.	6	SC Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance
5	Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici.	2	SC Farmacia Ospedaliera
6	Appropriatezza prescrizioni protesica.	1	SSD Protesica e Integrativa
7	Attivazione del comparto amministrativo veterinario integrato.	5	Dipartimento di Prevenzione
8	Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione.	10	Dipartimento di Prevenzione
9	Avvio ambulatorio Post COVID.	1	Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
10	Cartorisk - Dipartimento Chirurgico.	6	Dipartimento Chirurgico
11	Collaborazione con Commissione Europea per obiettivi relativi ai fondi delle Voluntary Pool.	1	SC Maxiemergenza
12	Collaborazione con la Direzione Generale, con particolare riferimento alla realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte.	100	Direzione Generale
13	Compilazione PROSAFE per i pazienti ricoverati in terapia intensiva.	2	Dipartimento Emergenza Urgenza
14	Confronto su appropriatezza prescrittiva e discussione casi clinici specialità diabetologia, cardiologia, pneumologia, dermatologia, reumatologia, otorinolaringoiatria (protesi acustiche).	1	SC Farmacia Ospedaliera
15	Contenimento dei costi in ambito territoriale (farmaceutica convenzionata).	4	SS Farmacia Territoriale
16	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale (azioni).	6	SS Farmacia Territoriale
17	Controllo autocertificazioni nei procedimenti amministrativi (DPR 445/2000).	5	Direzione Amministrativa
19	Cronoprogramma delle assunzioni.	1	SC Gestione Risorse Umane
20	Definire gli standard lavorativi comuni tra le due Aree Nord e Sud.	1	Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
21	Definizione ambulatorio dedicato all'asma grave.	1	Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
22	Definizione ambulatorio paziente affetto da Epatopatia cronica.	1	Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
23	Definizione di protocollo condiviso per la ricerca di cardiopatie emboligene nell'ictus cerebrale ischemico a sospetta genesi embolica.	2	Dipartimento Medico Specialistico
24	Definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS.	2	Dipartimento Medico Generale Riabilitativo

N° OBT	OBIETTIVO	N° Strutture Coinvolte	Proponente/Relazionante
25	Definizione scadenziario gare e contratti.	4	SS Acquisti
26	Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli.	49	SC Affari Generali e Controlli Interni
27	Emergenze (Covid-19, ..)	100	Direzione Amministrativa
28	Gestione clinica pazienti con Sindrome Long Covid ad interessamento respiratorio.	1	Dipartimento Emergenza Urgenza
29	Gestione iniziale in DEA del paziente con dolore toracico - del paziente con cefalea - del paziente con ictus cerebrale candidato a trombolisi. SAVIGLIANO.	1	Dipartimento Emergenza Urgenza
30	Gestione iniziale in DEA del paziente con dolore toracico e del paziente con cefalea. MONDOVI'.	1	Dipartimento Emergenza Urgenza
31	Implementazione attività di Telemedicina - Dipartimento Medico Specialistico.	5	Dipartimento Medico Specialistico
32	Implementazione degli interventi di cardiologia strutturale: chiusura FOP e stenting carotideo.	1	Dipartimento Medico Specialistico
33	Instillazione monodose di Mitomicina C nella patologia neoplastica della vescica di basso grado entro le 6 ore dal trattamento endoscopico durante il ricovero.	1	Dipartimento Chirurgico
34	Integrazione servizi medici.	4	Dipartimento di Prevenzione
35	Integrazione servizi veterinari.	4	Dipartimento di Prevenzione
36	Interscambiabilità operatori.	4	SC Affari Generali e Controlli Interni
37	Invio delle ASA su codici verdi finalizzato alla domiciliatura del paziente.	1	SC Emergenza Sanitaria Territoriale 118
38	La terapia trombolitica nell'ictus cerebrale ischemico.	2	Dipartimento Medico Specialistico
39	Manutenzione esternalizzata ausili protesica.	1	SSD Protesica e Integrativa
40	Organizzazione corsi in collaborazione con SS Formazione, SC Medicina del Lavoro, SS Servizio Prevenzione e Protezione, SC Radiologie.	1	SS Fisica e Sanitaria
41	POOL amministrativi di Dipartimento.	2	SC Logistica e DAPO
42	Procedura approvvigionamenti.	5	SC Logistica e DAPO
43	Procedura cassa prestazioni (ogni Struttura per quanto di competenza).	4	SC Logistica e DAPO
44	Procedura relativa alle cure palliative ed alla gestione del fine vita in rianimazione.	3	Dipartimento Emergenza Urgenza
45	Progettazione sistema monitoraggio trasporto pazienti dializzati e attivazione del servizio di dialisi domiciliare/territoriale.	7	SC Nefrologia e Dialisi
46	Progetto ambulatorio ecodoppler vascolare.	1	SSD Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria
47	Progetto di integrazione degli ambulatori e delle sedi distrettuali con il Dipartimento Materno Infantile.	7	Dipartimento Interaziendale Materno Infantile

N° OBT	OBIETTIVO	N° Strutture Coinvolte	Proponente/Relazionante
48	Progetto per il miglioramento dei servizi rivolti ai cittadini in termini di accessibilità e riduzione problematiche forniture.	2	SS Urp
49	Progetto Valutazione Multidimensionale (VMD) ambulatorio Geriatria.	1	SSD Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria
50	Programmazione riunioni mensili di discussione casi clinici.	3	Dipartimento Emergenza Urgenza
51	Programmazione riunioni trimestrali su casi clinici e elaborazione di un protocollo di collaborazione per utilizzo di personale medico tra le sedi di Savigliano e Saluzzo.	1	Dipartimento Emergenza Urgenza
52	RADON D.L. 101/2020.	1	SS Fisica e Sanitaria
53	Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.	6	Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle.
54	Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'ASL CN2.	1	Direzione Generale dell'ASL CN2.
55	Realizzazione cronoprogramma lavori.	1	SC Servizio Tecnico
56	Realizzazione sistema di controllo immobilizzazioni e gestione magazzino.	3	SS Servizio Ispettivo Segreteria Organi e Ufficio Controlli
57	Revisione cartella clinica della S.C. Neuroriabilitazione.	1	Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
58	Revisione e aggiornamento documentazione tecnica DPI sito intranet aziendale- SPP.	1	SS Servizio Prevenzione e Protezione
59	Revisione ed integrazione procedura 2015 "Gestione ed isolamento dei pazienti portatori di batteri multiresistenti".	3	Dipartimento Emergenza Urgenza
60	Riduzione dei tempi di attesa degli stati invalidanti.	1	Dipartimento di Prevenzione
61	Riduzione spesa per AMOS.	1	Direzione Amministrativa
62	Risonanza Magnetica.	1	SS Fisica e Sanitaria
63	Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance.	21	SC Bilancio e Contabilità
64	Scheda "Risorse/Attività"	64	SS Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
65	Sostituzione glucometri.	1	Dipartimento Medico Specialistico
66	Terapia di ultrafiltrazione nello scompenso cardiaco avanzato.	1	Dipartimento Medico Specialistico
67	Transitional Care.	3	Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale
68	Uniformare le procedure amministrative fra le due Aree Nord e Sud.	1	Dipartimento Medico Generale Riabilitativo
69	Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni.	1	SS Fisica e Sanitaria
70	Vigilanza Strutture.	1	SS Vigilanza Strutture Sanitarie e Socio Ass.li
71	Programmazione di incontri trimestrali per monitoraggio andamento attività	1	Dipartimento Emergenza Urgenza

In data 14.09.2022 la S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance ha trasmesso una comunicazione, in primis, a tutti i Relazionanti nella quale si informava che la Verifica Infrannuale ha avuto un trend positivo, evidenziando lievi criticità solamente su tre obiettivi che coinvolgono un totale di sette Strutture su centouno totali.

Successivamente si è dato rimando sui risultati della verifica a tutte le Strutture coinvolte al fine di ottenere una visione d'insieme su quanto già fatto, comunicando a quelle con esito positivo il prosieguo nell'ultimo trimestre del medesimo andamento così da consentire, al termine dell'anno, il pieno raggiungimento dell'obiettivo. Le Strutture che, invece, hanno evidenziato criticità sono state invitate a intraprendere le opportune azioni correttive, con coinvolgimento del Relazionante, per raggiungere, nei tempi previsti, il pieno conseguimento dell'obiettivo.



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. 159 del 27/04/2023) 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 2022, è necessario fornire alcune indicazioni generali, sia di tipo metodologico sia di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa del 2021.

Tali riflessioni sono state condivise con l'OIV nella riunione propedeutica alla valutazione degli obiettivi 2022, che si è tenuta in data 16/03/2022.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2022 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 ha validato gli obiettivi dell'ASL CN2 (Prot. n. 31253 del giorno 08/03/2023) e dell'AO S. Croce (Prot. n. 43514 del 31/03/2023 e n. n. 52401 del 20.04.2023); sulla base della documentazione ricevuta ha proceduto con i seguenti giudizi, riportati nel documento "Verifica Finale Budget 2022 – Obiettivi per Struttura".

Obiettivi pienamente raggiunti

Sono gli obiettivi che sono stati dichiarati come raggiunti al 100% sulla base delle proposte e della documentazione presentata dai relazionanti interni; l'OIV concorda sulle risultanze, confermando nella propria valutazione il giudizio di raggiungimento al 100%.

La valutazione "*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 riportata su ciascun obiettivo e il documento "**Obiettivi pienamente raggiunti con giudizio OIV**"

Obiettivi non pienamente raggiunti

Sono gli obiettivi le cui valutazioni complessive delle schede hanno portato come risultanze, per tutte le strutture, una percentuale di raggiungimento compresa nella fascia tra il 95% e il 100% e quindi senza penalizzazione a carico della retribuzione di risultato. La valutazione "*L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL ...%*" viene pertanto riportata su ciascun obiettivo e il documento "**Obiettivi non pienamente raggiunti con giudizio OIV**"

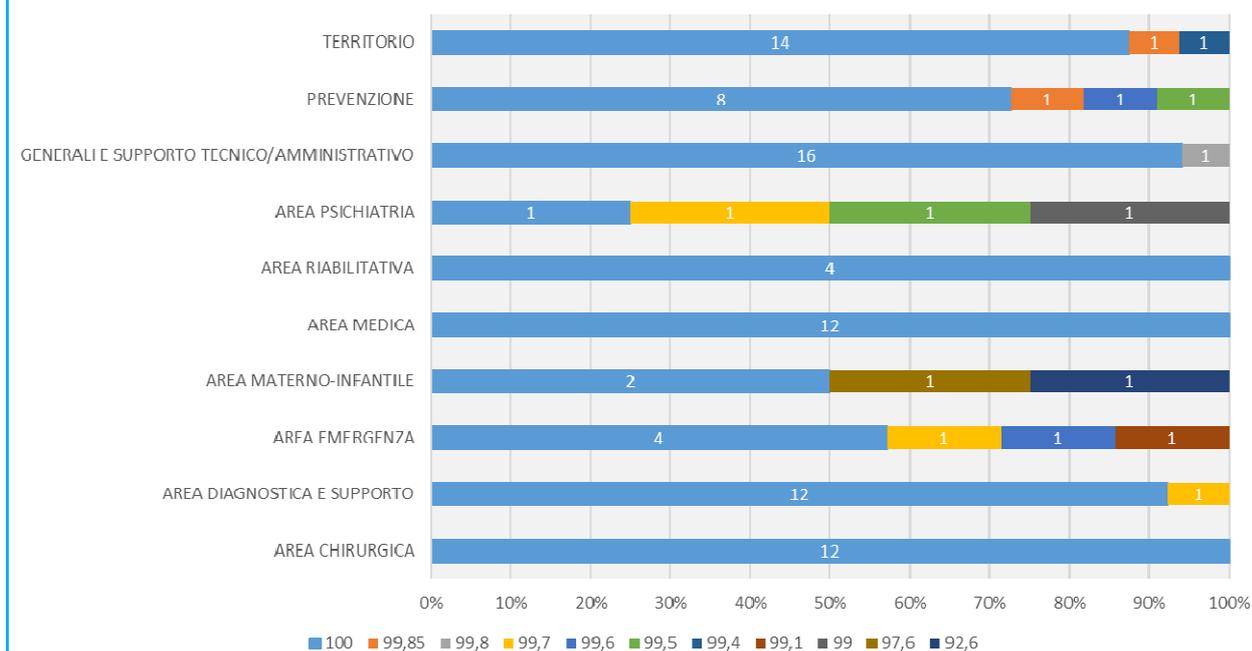
L'unico caso di Struttura che si è attestata al 63% è dovuta alla valutazione dell'AO S. Croce.

I grafici dei risultati della performance organizzativa

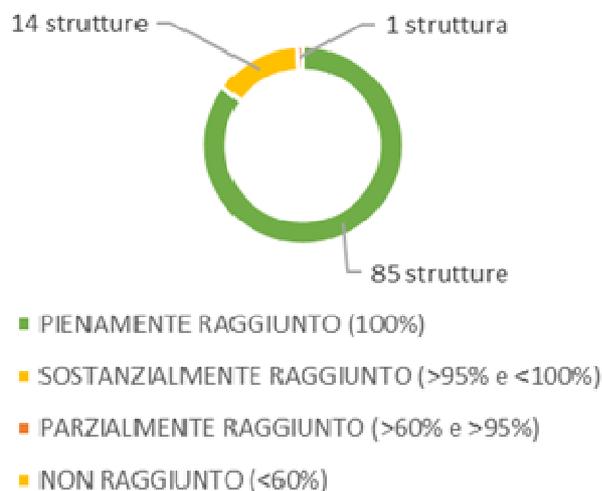
Nei grafici seguenti vengono rappresentati i risultati complessivi conseguiti dalle schede di budget delle Strutture aziendali nell'anno 2022, che rendicontano il valore complessivo raggiunto dalle strutture calcolato come percentuale sulla base della media pesata delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi presenti sulla scheda e quindi riferito al risultato di performance delle Strutture.

Si rappresenta innanzitutto la percentuale di raggiungimento delle Strutture (riferita alle schede di budget), analizzandola per livello di assistenza o area funzioni:

Obiettivi 2022: risultato strutture, suddiviso per area funzioni



OBIETTIVI 2022 SUDDIVISI PER FASCE PERFORMANCE N° STRUTTURE



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 2022 – Obiettivi per Struttura” e nella delibera ASL CN1 n. 159 del 27/04/2023 “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2022 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 totali	100%	< 100% e ≥ 90%	< 90% e > 80%
APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI	Raggiungimento al 100% dell’attenzione alle prescrizioni secondo le indicazioni della Farmacia ospedaliera.	2	2	-	-
VIGILANZA STRUTTURE	Sono stati effettuati n. 105 VERBALI di cui: - n. 67 SOPRALLUOGHI (n. 29 Strutture Anziani, n. 8 Strutture Disabili e n. 30 Strutture Minori (minori - prima infanzia e centri estivi); - n. 38 SEDUTE (n. 24 Strutture Anziani, n. 2 Strutture Disabili e n. 12 Strutture Minori (minori - prima infanzia e centri estivi).	1	1	-	-
APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI PROTESICA	La valutazione dell’appropriatezza delle prescrizioni per la protesica è stata tenuta sotto controllo attraverso la produzione di reportistica trimestrale.	1	1	-	-
MANUTENZIONE ESTERNALIZZATA AUSILI PROTESICA	La valutazione dell’accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata ausili protesica è stato monitorato attraverso reportistica trimestrale.	1	1	-	-
RISONANZA MAGNETICA	La procedura esami di risonanza magnetica su pazienti con dispositivi cardiaci impiantati attivi è pubblicata nel sistema qualità sulla intranet con il Numero PS DSP 016 ver 00 2022 emessa dalle direzioni sanitarie di presidio, stesura a cura del resp. della Fisica Sanitaria, dei medici responsabili delle RM di Savigliano e Mondovì e dal Cardiologo referente e poi approvata da Risk Management e Direttori S.C. Cardiologia e CTSRM. La procedura è attiva (i pazienti portatori sono sottoposti ad esame fin da aprile 2022).	1	1	-	-
CONFRONTO SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E DISCUSSIONE CASI CLINICI SPECIALITÀ [OLD DIABETOLOGIA, CARDIOLOGIA, PNEUMOLOGIA,] DERMATOLOGIA, REUMATOLOGIA, [OLD OTORINOLARINGOIATRIA (PROTESI ACUSTICHE)]. []MODIFICHE AUTORIZZATE DAL DOTT. GRILLO IL 17/06/22	Sono stati effettuati 3 audit con i colleghi prescrittori entro il 31/12/2022.	1	1	-	-

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%	< 90% e > 80%
COMPILAZIONE PROSAFE PER I PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA.	Per uno dei due Servizi per l'anno 2022 sono stati inseriti in Prosafe 227 pazienti di cui 210 in status 4 e 15 status 3. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto. Mentre per l'altro su 309 ricoveri nel 2022, al 31/12/2022, 222 pazienti risultano in status 4 di compilazione e 31 allo status 3, per un totale di 253 pazienti, pari all'82% dei ricoveri totali. L'obiettivo risulta pertanto parzialmente raggiunto.	2	1	-	1
CORRETTA COMPILAZIONE REGISTRI STUPEFACENTI.	Dalla reportistica prodotta si è riscontrata la corretta compilazione del registro stupefacenti per delle postazioni di Soccorso.	1	1	-	-
PROGRAMMAZIONE RIUNIONI TRIMESTRALI SU CASI CLINICI E ELABORAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE PER UTILIZZO DI PERSONALE MEDICO TRA LE SEDI DI SAVIGLIANO E SALUZZO.	Stante le dimissioni, in corso di anno del Direttore della Struttura si è valutato il periodo successivo al 29/06/2022 data in cui è stato assegnato l'incarico al nuovo Direttore sostituto. Sono state svolte due riunioni presso il PS Saluzzo (una per trimestre): 07/07/2022 e 08/11/2022. Sono state affrontate le seguenti tematiche: visite ortopediche, reazioni avverse a farmaci, chiarimenti sulla procedura dello SDAU,	1	1	-	-
PROCEDURA RELATIVA ALLE CURE PALLIATIVE ED ALLA GESTIONE DEL FINE VITA IN RIANIMAZIONE.	La procedura è stata completata ed approvata ed è pubblicata sulla intranet aziendale PSdeur007 Cure palliative e fine vita in Anest Rianimazione rev 00. Si è provveduto a notificare l'avvenuta pubblicazione mediante lettera di diffusione del Dipartimento	3	3	-	-
PROGRAMMAZIONE RIUNIONI MENSILI DI DISCUSSIONE CASI CLINICI.	Sono state regolarmente svolte le riunioni su base mensile con discussione dei casi clinici	3	3	-	-
REVISIONE ED INTEGRAZIONE PROCEDURA 2015 "GESTIONE ED ISOLAMENTO DEI PAZIENTI PORTATORI DI BATTERI MULTIRESISTENTI".	È stata terminata la revisione n.1 della PSdsa016 Isolamento e Gestione del paziente con colonizzazione o infezione da microrganismi multiresistenti e carbapenemasi produttori. Attualmente la Qualità sta procedendo alla raccolta firme per l'emissione e la pubblicazione sulla intranet aziendale.	3	3	-	-
PROGRAMMAZIONE DI INCONTRI TRIMESTRALI PER MONITORAGGIO ANDAMENTO ATTIVITÀ	E' stata regolarmente svolta la riunione trimestrale organizzata stante la creazione della nuova SSD	1	1	-	-

Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICACIA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
EMERGENZE (COVID-19, ..)	Tutti i reparti e i servizi sanitari coinvolti (direttamente o indirettamente con la copertura dei turni) hanno dimostrato la propria collaborazione effettuando rimodulazioni di attività anche verso il recupero delle liste di attesa degli interventi e delle prestazioni ambulatoriali. L'impegno del personale per l'effettuazione dei tamponi e per la somministrazione dei vaccini è stato rilevante.	100	100

Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE DALLA REGIONE PIEMONTE.	Con nota Prot. 32393 del 10/03/2023 la Direzione Generale ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, definizione percorsi condivisi tra DEU e Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo per la allocazione dei pazienti dai PS con la realizzazione di un piano gestione sovrappollamento e controllo del boarding per i PS/DEA ASL CN1, implementazione attività di telemedicina, attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Complessivamente l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	100	100	-
ANALISI DEI COSTI IN AMBITO TERRITORIALE.	La realizzazione reportistica, l'utilizzo per la programmazione e la consuntivazione degli interventi a partire dal II semestre 2022 è stato effettuato attraverso un monitoraggio che è divenuto mensile nella seconda parte dell'anno.	7	7	-
PROGETTAZIONE SISTEMA MONITORAGGIO TRASPORTO PAZIENTI DIALIZZATI E ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI DIALISI DOMICILIARE/TERRITORIALE.	Il Progetto ha coinvolto la SC Nefrologia e Dialisi, i diversi responsabili dei distretti. GEMAS, direzione sanitaria, direzione amministrativa distrettuale e direzione delle professioni sanitarie, con lo scopo di attuare un piano di razionalizzazione dei trasporti dei pazienti emodializzati. Sono state effettuate diverse riunioni che hanno pertanto evidenziato un buon aumento della prevalenza dei pazienti in trattamento dialitico domiciliare rispetto allo scorso anno (al 31/12/2021 n° 3 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 10 pazienti in dialisi peritoneale, al 31/12/2022 n° 6 pazienti in emodialisi domiciliare e n° 13 pazienti in dialisi peritoneale).	7	7	-

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	
PROGETTO DI INTEGRAZIONE DEGLI AMBULATORI E DELLE SEDI DISTRETTUALI CON IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE.	È stato concluso un accordo, definendo bisogni, disponibilità per ognuno dei quattro distretti, prevedendo cronoprogramma dal 2023. Si precisa poi che per quel che riguarda l'ospedale di Comunità di Cuneo si è già passati a fase operativa che prevede entro il 2024 il trasferimento della SC di NPI e del Consultorio Familiare in detta sede.	7	7	-
SCHEDA "RISORSE/ATTIVITÀ"	<p>Nel corso del 2022 sono stati effettuati almeno due monitoraggi dell'andamento costi e attività, con specifico approfondimento delle eventuali criticità riscontrate.</p> <p>Per i quattro Distretti, il valore dell'indicatore della Scheda Risorse/Attività dell'insieme dei Distretti è 96,6, "aggiustato" a 98, in seguito alla nettizzazione dell'incremento tariffario, riconosciuto dalla Regione Piemonte in corso d'anno ed applicato retroattivamente da gennaio, non previsto in fase di assegnazione del budget.</p> <p>L'indicatore della Scheda Risorse/Attività è 79,9.</p> <p>Per la SC NPI, in accordo con la Direzione, considerato che il basso valore dell'indicatore della scheda è stato determinato da un incremento dei costi molto consistente (circa 480.000 euro in più rispetto al 2021), ma anche che il Direttore di Struttura, come previsto nello standard dell'obiettivo, ha redatto una relazione in cui ha dettagliatamente spiegato le motivazioni di tale incremento di spesa e del conseguente mancato rispetto del budget economico.</p> <p>Per le Strutture territoriali l'indicatore è stato verificato con riferimento al contenimento dei costi, che è stato raggiunto pienamente, con una sola eccezione, peraltro pienamente motivata.</p>	64	63	1

Area: PROCESSI – Dimensione: INNOVAZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
DIGITALIZZAZIONE DEL FLUSSO DOCUMENTALE E RELATIVI CONTROLLI.	<p>l'obiettivo si articolava in due parti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prima riguardava l'avvio del processo entro il 30 giugno 2022; a tale proposito, in data 17 maggio 2022 si è proceduto alla chiusura del SW DocsPa Protocollo e al contestuale avvio del nuovo applicativo GisMaster, per cui tutti i Servizi hanno raggiunto l'obiettivo assegnato - la seconda parte riguardava l'acquisizione, la firma digitale, la protocollazione e la fascicolazione dei documenti; per tale obiettivo, la percentuale doveva essere almeno 75% entro dicembre 2022. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto da 39 strutture. Le rimanenti 10 Strutture hanno acquisito la documentazione in percentuale tra il 45% ed il 60% raggiungendo sostanzialmente l'obiettivo. 	49	39	10
REALIZZAZIONE SISTEMA DI CONTROLLO IMMOBILIZZAZIONI E GESTIONE MAGAZZINO.	<p>Revisione annuale delle procedure previste nel PAC ex D. Lgs. 118/2011 finalizzato al monitoraggio della logistica e delle immobilizzazioni. Le Strutture coinvolte hanno verificato che non è stato necessario apportare modifiche alle procedure adottate. È stato effettuato un controllo sistematico nel rispetto degli adempimenti delle procedure PAC: l'attività è conforme alle procedure PAC adottate. Attività di ricognizione cespiti a campione su cinque strutture: conclusa positivamente con la stesura dei verbali conservati agli atti della S.S. Patrimonio.</p>	3	3	-
ADEGUAMENTO PROCEDURA SISTEMA DI BUDGET.	<p>Con Deliberazione n. 179 del 28/06/2022 è stato approvato e adottato entro i termini il Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL CN1 2022-2024 - anno 2022, provvedendo alla pubblicazione sul sito istituzionale dell'ASL CN1, alla trasmissione del documento al Dipartimento della Funzione Pubblica (prot. 81772 del 30/06/2022) e infine al caricamento sul "Portale PIAO".</p>	1	1	-
IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ DI TELEMEDICINA - DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO.	<p>Con Prot. 134028 del 25/10/2022 è stato trasmesso il verbale n. 3 del Dipartimento Medico Specialistico in cui si evidenzia che tutte le Strutture afferenti al Dipartimento sono riuscite ad avviare l'attività di Televisita entro il termine previsto del 30/06/2022.</p>	5	5	-

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
REVISIONE CARTELLA CLINICA DELLA S.C. NEURORABILITAZIONE.	In data 31/12 sono pervenuti i documenti di revisione della cartella clinica ed il PDTA GCA revisionato relativo alla parte della degenza.	1	1	-
ANALISI DI PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE LOGISTICA PER EVENTUALE INFORMATIZZAZIONE ARMADIETTI DI REPARTO.	In ottemperanza alle richieste della Corte dei Conti si richiede l'analisi delle possibili soluzioni organizzative propedeutiche ad un'informatizzazione degli armadietti farmaceutici di reparto e la presentazione di un possibile progetto organizzativo con logistica e informatizzazione collegati alla cartella clinica e al sistema contabile. Il documento di analisi è stato predisposto e condiviso con tutte le Strutture coinvolte, confermando	6	6	-

Area: PROCESSI – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'ASL CN2.	Comunicazione ASL CN2 del 07/03/2023 (prot. 31235 del 08/03/2023): l'OIV dell'ASL CN2 comunica la valutazione positiva obiettivi budget 2022 con pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati.	1	1
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'AO S. CROCE E CARLE.	La SS Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo - ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo: 100% per 5 Strutture interaziendali mentre per il Dipartimento Materno Infantile ha comunicato le risultanze della valutazione dell'obiettivo al 63%.	6	5
CARTORISK - DIPARTIMENTO CHIRURGICO.	La partecipazione al progetto CartoRisk è stata costante e attiva. L'adozione di una metodologia di controllo e verifica del percorso consente di intraprendere azioni proattive nei confronti degli errori più tipici che, anche senza costituire un rischio per la salute dei pazienti, possono impattare pesantemente sull'aspetto organizzativo. La presenza di una check-list interna, inoltre, agevola moltissimo i neo-assunti nell'allestimento della cartella clinica. Tutte le SC di ambito chirurgico potrebbero avvalersi di questo progetto come si evince dal report finale del 21.12.22.	6	6
COLLABORAZIONE CON COMMISSIONE EUROPEA PER OBIETTIVI RELATIVI AI FONDI DELLE VOLUNTARY POOL.	La SC Maxiemergenza ha inviato il report finale per la chiusura del Progetto in data 15/09/2022 con nota prot.n. 0114237.	1	1
DEFINIZIONE DI PROTOCOLLO CONDIVISO PER LA RICERCA DI CARDIOPATIE EMBOLIGENE NELL'ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO A SOSPETTA GENESIA EMBOLICA.	Avvio dell'iter diagnostico del paziente con ictus cerebrale ischemico a sospetta genesi embolica che prevede la collaborazione tra cardiologi e neurologi sia per gli accertamenti strumentali sia per i successivi interventi terapeutici, avvenuta pubblicazione Istruzione Operativa: IODMES002 del 30/09/2022.	2	2

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
LA TERAPIA TROMBOLITICA NELL'ICTUS CEREBRALE ISCHEMICO.	Collaborazione tra cardiologi e neurologi e inizio della terapia trombolitica nell'ictus cerebrale ischemico effettuata presso l'UTIC dell'Ospedale di Mondovì. Pubblicazione Procedura Specifica: PSNEUMV001 di ottobre 2022 in vigore dal 24 ottobre 2022. In data 30/10/22 è stata effettuata trombolisi ev in paziente ricoverato per osservazione in UTIC secondo protocollo	2	2
INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale medico dirigente e convenzionato e del personale del comparto del Dipartimento di Prevenzione. Si conferma la continuità nella funzione vicariante in diversi ambiti, commissioni della Medicina Legale e dell'Igiene Pubblica, attività di ambulatorio in occasione di emergenza e/o di momentanee necessità. Sono state effettuate attività congiunte o vicarianti nell'ambito dei progetti del PLP.	4	4
TRANSITIONAL CARE.	Percorso per garantire la continuità di cure dei pazienti psichiatrici al passaggio dal 18esimo anno di età attraverso specifica scheda di segnalazione, con massima attenzione all'esordio psicotico con coinvolgimento dei due Dipartimenti di Salute Mentale e Materno Infantile (DSM e DMI). Si è constatata una piena collaborazione con la S.C. Neuropsichiatria Infantile che ha compilato le schede relative al passaggio di età, con la presa in carico da parte dei Medici e del personale del Dipartimento di Salute Mentale	3	3
DEFINIZIONE PERCORSI CONDIVISI TRA DEU E DIPARTIMENTO MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO PER LA ALLOCAZIONE DEI PAZIENTI DAI PS.	L'obiettivo è divenuto di priorità aziendale stante le indicazioni regionali ricevute per la gestione del sovraffollamento del boarding in PS. I documenti aziendali elaborati e pervenuti via mail in data 31/8 - 6/9 - 13 18/10 e 10/11 dal Coordinamento presidi hanno determinato i flussi gestionali regolando le diverse fasi di sovraffollamento. Tale attività prosegue con ulteriori documenti regionali pervenuti nel 2023.	2	2
UNIFORMARE LE PROCEDURE AMMINISTRATIVE FRA LE DUE AREE NORD E SUD.	Sono state definite le seguenti procedure tra le due aree: prenotazioni classi B, prenotazioni e gestione prescrizione ausili, gestione DEM a scavalco di anno, modalità di valutazione e gestione dei pazienti in regime domiciliare, unificazione procedure reparti degenza riabilitativa.	1	1
DEFINIRE GLI STANDARD LAVORATIVI COMUNI TRA LE DUE AREE NORD E SUD.	È stato definito il percorso per il trattamento della scoliosi all'interno della SC. Medicina Fisica e Riabilitazione Area Nord.	1	1
INTEGRAZIONE SERVIZI VETERINARI.	Attivazione/mantenimento funzioni vicarianti del personale veterinario dirigente, convenzionato e del personale del comparto. Sono continuate le attività integrate e vicarianti da parte del personale della Struttura, secondo la pianificazione programmata.	4	4

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
ATTIVAZIONE DEL COMPARTO AMMINISTRATIVO VETERINARIO INTEGRATO.	L'obiettivo si inserisce in un più ampio disegno di riorganizzazione del comparto amministrativo delle Strutture Veterinarie del Dipartimento di Prevenzione, di cui rappresenta una prima fase. È finalizzato a garantire un accesso unico (front-office) all'utenza dei servizi delle quattro aree veterinarie presso le varie sedi dipartimentali, attraverso poli amministrativi a competenza integrata. Realizzazione di sportelli unici di area veterinaria integrata presso le 5 sedi territoriali (Cuneo; Mondovì; Fossano; Savigliano; Saluzzo).	5	5

Area: PROFESSIONISTI-OPERATORI – Dimensione: SVILUPPO PROFESSIONALE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
INTERSCAMBIABILITÀ OPERATORI.	Accesso diretto con contatto telefonico durante l'orario di ambulatorio da parte del Medico di Assistenza Primaria (max 3 pazienti per seduta ambulatoriale). Compilazione della DEM e prenotazione immediata del controllo con comunicazione della data in cui verrà effettuato l'esame. È proseguito il progetto attivato con piena soddisfazione da parte dell'utenza sia per la tempistica del primo esame sia per il follow up programmato a cura dello stesso ambulatorio. In occasione del controllo viene anche verificata la terapia in atto per evidenziare eventuali modifiche posologiche o intolleranze. L'obiettivo risulta ampiamente raggiunto.	4	4
ORGANIZZAZIONE CORSI IN COLLABORAZIONE CON SS FORMAZIONE, SC MEDICINA DEL LAVORO, SS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE, SC RADIOLOGIE.	Eventi formativi e/o di addestramento FAD/ frontali o misti, con oggetto: a) Risonanza Magnetica Fad+2 eventi di addestramento; b) Laser con Addestramento; c) Radioprotezione art 110 e 111; d) ottiche e campi EM. Tutti svolti nei tempi e modi previsti.	1	1

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
RIDUZIONE SPESA PER AMOS.	<p>Le azioni di contrattazione poste in essere nel corso del 2022 su numerose commesse, dettagliate nella relazione Prot n. 17752 del 08/02/2023, hanno determinato rispetto al preventivo 2022, un risparmio di € 901.356,00.</p> <p>La contrattazione, nel rispetto del mantenimento di un adeguato livello dei servizi offerti, è avvenuta attraverso un costante confronto con AMOS e con gli utilizzatori delle commesse, per cercare di minimizzare il più possibile eventuali effetti negativi sull'operatività dell'Azienda. Ad oggi si può dire che le performance aziendali non ne hanno risentito, così come i servizi all'utenza.</p>	1	1
POOL AMMINISTRATIVI DI DIPARTIMENTO.	<p>Progettazione per attivazione POOL amministrativi di Dipartimento per i Presidi Ospedalieri Area Nord. Stesura del progetto e definizione del cronoprogramma per l'attivazione del POOL.</p> <p>La stesura del progetto e la definizione del cronoprogramma, in collaborazione con la SC Direzione Sanitaria di Savigliano, sono stati completati entro il 30/09/2022. Si intende evidenziare l'importante contributo dato dall'Ufficio Qualità sia nella fase di impostazione del progetto, avendo lo stesso messo a disposizione il modello MODSQ045 Change Management Correlato alla PGSQ038, sia nella fase di predisposizione del documento fornendo il supporto metodologico.</p>	2	2

Area: TUTELA – Dimensione: SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
PROGETTO AMBULATORIO ECODOPPLER VASCOLARE.	<p>Accesso diretto con contatto telefonico durante l'orario di ambulatorio da parte del Medico di Assistenza Primaria (max 3 pazienti per seduta ambulatoriale).</p> <p>Compilazione della DEM e prenotazione immediata del controllo con comunicazione della data in cui verrà effettuato l'esame.</p> <p>Il progetto è stato attivato e continua con piena soddisfazione da parte dell'utenza sia per la tempistica del primo esame che per il follow up programmato a cura dello stesso ambulatorio. In occasione del controllo viene anche verificata la terapia in atto per evidenziare eventuali modifiche posologiche o intolleranze.</p>	1	1
PROGETTO VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) AMBULATORIO GERIATRIA.	<p>Eseguito percorso di affiancamento come previsto trimestrale (ottobre-novembre-dicembre) con acquisizione formale delle procedure. Abbozzata anche la possibilità di una collocazione in rete del futuro ambulatorio. L'attivazione fisica dell' ambulatorio è stata procrastinata nel primo trimestre 2023 per esigenze di reparto.</p>	1	1

Area: TUTELA – Dimensione: PREVENZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
REVISIONE E AGGIORNAMENTO DOCUMENTAZIONE TECNICA DPI SITO INTRANET AZIENDALE- SPP.	Si è provveduto all'inserimento della documentazione tecnica (schede tecniche, dichiarazioni di conformità e codice magazzino) dei DPI nella pagina SPP del sito intranet aziendale al link: staff/prevenzione_e_protezione/dispositivi_di_protezione_individuale	1	1
RADON D.L. 101/2020.	Per le relazioni tecniche di competenza del servizio di dosimetria la fisica ha collaborato per fornire mappe codici locali coordinate geo, destinazione uso, date e tempi di posizionamento al servizio dosimetrico	1	1
VIGILANZA E PRATICHE AUTORIZZATIVE RIGUARDO RADIAZIONI.	Sono state soddisfatte le attività richieste per: a) la Commissione di Vigilanza e altri servizi 3 pratiche; b) il Dipartimento di prevenzione ex art 47 e 53 D. Lgs. 101/2021 89 pratiche; c) l'organismo tecnico per i nulla osta prefettizi e sanitari. In dettaglio (a+b+c) riguardavano le seguenti pratiche: 56 odontoiatriche, 6 veterinarie, 15 radiologiche, 35 industriali, 1 radon e 1 risonanza; d) dalla Regione Piemonte. A riguardo con atto DD-A14 397 DEL 04/05/2020 - Sanita' e Welfare della Reg. Piemonte il Responsabile della Fisica Sanitaria fa parte del Gruppo tecnico previsto dalla DGR n. 35-792 del 20 dicembre 2019 (3 pareri nel 2022) e collabora ex fascicolo 3/2014A/A14000) in tema di radiologia domiciliare Aggiornamenti dei moduli per valutazioni MODFISAN032 Valutazioni dell'ORGANISMO TECNICO (ART. 5 L.R. 5/2010) 02/03/2022, , MODFISAN009 Valutazione Comunicazione PRATICHE RADIOLOGICHE ex art 46 e 53 D. Lgs 101/2020 per il Dip di Prevenzione aggiornamento 01/03/22, MODFISAN038 Modulo Vigilanza LASER ottobre 2022.	1	1
ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE.	Tutte le Strutture coinvolte nell'obiettivo hanno contribuito per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di rendicontazione del Piano Locale della Prevenzione PLP per l'anno 2021 (rendicontazione PLP inviata in regione il 25/02/2021 con nota Prot. n. 26362/P) e programmazione attività 2022 (inviato in regione il 23/05/2022 con nota Prot. n. 0063091/2022). I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2022, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	10	10

Area: STAKEHOLDER – Dimensione: QUALITÀ PERCEPITA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
PROGETTO PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI RIVOLTI AI CITTADINI IN TERMINI DI ACCESSIBILITÀ E RIDUZIONE PROBLEMATICHE FORNITURE.	Riduzione problematiche relative alla fornitura pannoloni con contestazione alla Ditta appaltatrice in riferimento a tempistica e modalità, attraverso il n° di segnalazione all'URP. Nel periodo luglio-dicembre 2022 sono pervenute alla struttura Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa, 10 reclami riferiti a 11 forniture di ausili per incontinenza destinati ai cittadini domiciliati con prescrizione e piano terapeutico approvato dai Distretti di questa ASL. Le rimostranze dei cittadini si riferiscono a ritardi nella consegna e, in un caso, a difetto di prodotto. Gli uffici protesica dei Distretti hanno preso in carico le segnalazioni pervenute e sono state tutte risolte. Rispetto allo scorso anno si è assistito ad una sensibile diminuzione dei reclami/segnalazioni che denotano il buon andamento della nuova modalità operativa di fornitura.	2	2
INVIO DELLE ASA SU CODICI VERDI FINALIZZATO ALLA DOMICILIAZIONE DEL PAZIENTE.	Durante tutto il periodo preso in esame (dal 01/01/2022 al 31/12/2022) le quattro ASA (Automediche) che sono sul territorio provinciale sono state inviate, escluso le missioni con codici verdi effettuate nella sede del mezzo di soccorso, 520 volte con codice d'invio verde. In 306 casi (58,83 %) il paziente è stato trasportato in ospedale, in 1 caso l'intervento è stato annullato dalla Centrale Operativa 118 e 213 pazienti (40,96%) non sono stati trasportati.	1	1
SOSTITUZIONE GLUCOMETRI.	Sostituzione glucometri secondo quanto definito dalla gara regionale 86/2019 per la fornitura di sistemi per l'automonitoraggio della glicemia/chetonemia. Il raggiungimento dell'obiettivo può essere monitorato mediante il sistema informativo RRD relativo ai PAG (Piani di Automonitoraggio Glicemico). I PAG attivi in carico all'ASL CN1 sono 8165 e che, su applicativo PADDI del RRD, è avvenuta la sostituzione completa dei glucometri	1	1
AVVIO AMBULATORIO POST COVID.	Avvio di un ambulatorio Post Covid da svolgersi da parte di personale medico interno con la collaborazione di una psicologa ed integrazione della parte clinica e strumentale con Spirometria e Ecocardiografia. L'attività è stata avviata da fine maggio 2022 a cadenza settimanale con presa in carico di 52 pazienti.	1	1
RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI STATI INVALIDANTI.	Riduzione dei tempi di attesa relativi alle visite medico-collegiali per il riconoscimento degli Stati Invalidanti (invalidità civile, cecità civile, handicap, disabilità) a 150 giorni dalla data dell'istanza. Nonostante la continua carenza di personale medico di ruolo nella Struttura, grazie ai progetti specificatamente attivati e all'attività integrata con le strutture mediche del Dipartimento di Prevenzione e dei Distretti, è stata garantita tutta l'attività nel rispetto dei tempi di attesa stabiliti dagli obiettivi (tempi di attesa dalla data dell'istanza per il 2022 pari a 101 gg).	1	1

Area: PROCESSI – Dimensione: LEGALITÀ

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
CONTROLLO AUTOCERTIFICAZIONI NEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (DPR 445/2000).	Controllo di almeno il 5% delle autocertificazioni dei procedimenti amministrativi di propria competenza per il secondo semestre 2022. Tutte le Strutture coinvolte hanno raggiunto l'obiettivo.	5	5

Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICACIA CLINICA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
INSTILLAZIONE MONODOSE DI MITOMICINA C NELLA PATOLOGIA NEOPLASTICA DELLA VESCICA DI BASSO GRADO ENTRO LE 6 ORE DAL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DURANTE IL RICOVERO.	Nel periodo oggetto dello studio dell'urologia (1.1.22-31.12.22) sono stati considerati eleggibili e arruolati nello studio 162 pazienti; 7 casi, tutti di sesso maschile, sono usciti dallo studio per ragioni cliniche. nei restanti 154 casi l'instillazione di Mitomicina C è avvenuta entro le 6 ore dal trattamento chirurgico endoscopico, come previsto dal protocollo; tuttavia, sempre in base a valutazioni di tipo clinico/istopatologico, 7 pazienti su 154 hanno ricevuto trattamenti differenziati. Complessivamente, 147 pazienti si sono giovati della dose singola postoperatoria, anziché del ciclo completo di 8 instillazioni di MMC, con una significativa riduzione degli accessi ambulatoriali e un risparmio di 352 giornate lavorative calcolate sui soggetti attivi.	1	1	-
TERAPIA DI ULTRAFILTRAZIONE NELLO SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO.	Avvio di 1 trattamento con attenzione all'incremento dei costi secondo logica dipartimentale della terapia con ultrafiltrazione vena/vena come valida opzione terapeutica nel paziente affetto da scompenso cardiaco avanzato con resistenza al diuretico. Nel corso del 2022, sono stati effettuati n° 3 trattamenti di ultrafiltrazione.	1	1	-
IMPLEMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI DI CARDIOLOGIA STRUTTURALE: CHIUSURA FOP E STENTING CAROTIDEO.	Percorso diagnostico per la chiusura di almeno n. 2 PFO entro il 31.12.2022 con attenzione ai costi secondo logica dipartimentale, nei pazienti con ictus criptogenetico come metodica necessaria sancita dalle vigenti linee guide specifiche in materia. Nel contesto del gruppo di lavoro neurocardiologico identificazione di percorsi per la diagnosi ed il trattamento percutaneo delle stenosi carotidee sintomatiche. Nel corso del 2022, sono stati chiusi n. 2 PFO.	1	1	-

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
DEFINIZIONE AMBULATORIO PAZIENTE AFFETTO DA EPATOPATIA CRONICA.	Creazione e strutturazione di un centro di riferimento epatologico per l'area Sud-Ovest della ASL CN1 con definizione di un percorso assistenziale che coinvolga il Territorio e l'Ospedale garantendo interventi sia nella fase screening di soggetti a rischio di epatopatia cronica sia nelle fasi avanzate della cirrosi e delle sue complicanze.	1	1	-
DEFINIZIONE AMBULATORIO DEDICATO ALL'ASMA GRAVE.	Definizione di un percorso unico, diagnostico e terapeutico per la presa in carico del paziente affetto da asma di difficile controllo/asma grave mediante la creazione di un ambulatorio ad essi dedicato. L'ambulatorio verrebbe collocato all'interno degli spazi dedicati agli ambulatori di pneumologia/allergologia/fisiopatologia respiratoria dell'Ospedale di Ceva. L'accesso del paziente avverrebbe con richiesta regionale da parte del MMG ma anche dopo contatto diretto da parte del personale del DEA.	1	1	-
GESTIONE CLINICA PAZIENTI CON SINDROME LONG COVID AD INTERESSAMENTO RESPIRATORIO.	Nei mesi da giugno a dicembre non sono state richieste all'ambulatorio di fisiopatologia respiratoria ulteriori valutazioni dei pazienti con Long-COVID. Attualmente permangono nel programma di follow up 30 pazienti. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto	1	1	-
GESTIONE INIZIALE IN DEA DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO - DEL PAZIENTE CON CEFALEA - DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE CANDIDATO A TROMBOLISI. SAVIGLIANO.	Gestione iniziale del paziente con dolore toracico: su un campione di paziente valutati in PS Savigliano (mese di ottobre 2022) su 179 accessi per dolore toracico sono stati eseguiti 143 ecg entro i 10 minuti (80%). Gestione del paziente con cefalea in dea % di pazienti che vengono sottoposti a visita neurologica urgente: nel 2022 si sono registrati 337 accessi per cefalea, di cui 123 hanno eseguito visita neurologica (36%), contro 313/158 del 2021, con una riduzione del 23% circa delle visite. Gestione paziente con ictus candidato a trombolisi, esecuzione tac cranio entro 60 min: nel 2022 il 94% dei pazienti ha effettuato tac encefalo entro 60 min.	1	-	1
GESTIONE INIZIALE IN DEA DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO E DEL PAZIENTE CON CEFALEA. MONDOVÌ.	L'esecuzione dell'ECG al triage nel dolore toracico entro 10 minuti dall'arrivo, prassi consolidata che avviene nella totalità dei casi. Le visite neurologiche totali del 2022 sono state 1298 (media 3,56/die) e le diagnosi di cefalea alla dimissione dal DEA sono state 298. La riduzione in percentuale delle visite neurologiche associata alla diagnosi generica alla dimissione di cefalea è stata del 21,7% con obiettivo sostanzialmente raggiunto.	1	-	1

Area: ECONOMIA – Dimensione: EQUILIBRIO FINANZIARIO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
DEFINIZIONE SCADENZIARIO GARE E CONTRATTI.	La SS Acquisti ha definito degli scadenziari suddivisi per i vari settori di attività (agli atti del servizio), che riportano nell'ultima colonna l'esito delle procedure espletate ovvero lo stato delle procedure ancora in corso. Al riguardo, si precisa che in casi limitati si è reso necessario attivare la proroga tecnica o procedere alla stipula di contratti ponte nelle more dell'espletamento di procedure già avviate o in attesa degli esiti di procedure aggregate di competenza di SCR Piemonte, Consip o altre ASL individuate quali capofila. In generale si è cercato di conciliare l'esigenza di rispettare le scadenze contrattuali e di garantire continuità alle forniture con l'esigenza di attivare nuove procedure per soddisfare richieste relative a fabbisogni non previsti in scadenziario e in programmazione. Inoltre, a causa dell'indisponibilità di numerose ditte a rinnovare il contratto alle medesime condizioni economiche, si è reso necessaria l'attivazione di nuove procedure anche laddove era stato programmato il rinnovo.	4	4	-
REALIZZAZIONE CRONOPROGRAMMA LAVORI.	È stato realizzato il cronoprogramma lavori edili concordati dalla S.C. Servizio Tecnico con la Direzione Generale, elencati in base al loro stato di avanzamento tra lavori ultimati, in corso o non attivati-non necessari. Con riferimento al Settore Ingegneria Clinica è stato realizzato un cronoprogramma di sostituzione apparecchiature biomediche, aggiornato al 31.12.2022	1	1	-
CRONOPROGRAMMA DELLE ASSUNZIONI.	Presenza di report mensile per figura professionale dei concorsi aperti e delle dimissioni.	1	1	-
RISPETTO DEI LIMITI DI BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE.	La piena ripresa della attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale (ed in conformità alle disposizioni regionali) incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura non registrando ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e vi è stata partecipazione alle riunioni e agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite. In un caso è stato necessario incrementare il budget a causa del caro energia e delle spese urgenti per manutenzione ordinaria.	21	20	1
ALIENAZIONE IMMOBILI.	Il Piano di Alienazione degli immobili è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 307 del 22-09-2022 con il relativo cronoprogramma delle alienazioni. Con riferimento alle scadenze si precisa che le attività sono state svolte come da cronoprogramma.	1	1	-

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
CONTENIMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE (AZIONI).	Nell'anno 2022 sono state messe in atto dai Distretti molteplici azioni volte al contenimento della spesa farmaceutica territoriale: 1) obiettivi assegnati ai MMG sui confezionamenti cost saving (IPP, associazione naloxone/ossicodone) e sulla prescrizione di biosimilari (insuline aspart e lispo); 2) individuazione degli assistiti iperconsumatori sulla base della spesa e del numero di confezioni; 3) incontri con i MMG che si sono discostati dalla spesa media aziendale del 20 e 30%; 4) raccomandazioni tramite note informative sull'uso appropriato dei farmaci e in conformità alle limitazioni previste dalle note AIFA e dalle schede tecniche (farmaci respiratori, antibiotici, bisoprololo, colecalciferolo); 5) Monitoraggio delle prescrizioni effettuate in regime di convenzione per gli assistiti residenti in strutture. L'ASLCN1 ha mantenuto la spesa pro-capite più bassa a livello regionale, con una spesa pro-capite pari ad € 132,50 rispetto ad una spesa pro-capite regionale pari ad € 145,94.	6	6	-
PROCEDURA APPROVVIGIONAMENTI.	In data 5/12/2022 la procedura approvvigionamenti e la relativa modulistica è stata messa a Sistema Qualità con il titolo "PSacq001 Procedura approvvigionamento di beni e servizi", è stata pubblicata sulla intranet aziendale	5	5	-
PROCEDURA CASSA PRESTAZIONI (OGNI STRUTTURA PER QUANTO DI COMPETENZA).	Revisione e aggiornamento della procedura cassa prestazioni pscup004 correlata al piano attuativo della certificabilità, con progressivo adeguamento alle nuove tipologie di pagamento digitale, secondo i percorsi condivisi con la Regione Piemonte. Avvenuta pubblicazione sulla intranet aziendale della rev. 04 del 22/07/2022 della PScup004 "Procedura Cassa Prestazioni	4	4	-
CONTENIMENTO DEI COSTI IN AMBITO TERRITORIALE (FARMACEUTICA CONVENZIONATA)	Per quanto concerne la nutrizione enterale sono stati messi in atto dai Distretti interventi finalizzati alla riduzione dei costi ed alla verifica di appropriatezza, in accordo con la Farmacia Ospedaliera e la Dietologia dell'ASO S. Croce e Carle. Per la farmaceutica convenzionata sono state intraprese dai Distretti azioni di contenimento della spesa con la Farmacia territoriale e con i Medici di Medicina Generale. Nell'anno 2022 la spesa farmaceutica lorda dell'ASLCN1 è aumentata del 2,3%, in linea con gli incrementi registrati per le ASL con minor spesa pro-capite. L'ASLCN1 ha mantenuto la spesa pro-capite più bassa a livello regionale, con un valore pari ad € 132,50, rispetto ad una spesa pro-capite regionale pari ad € 145,94. Si può inoltre affermare che la spesa farmaceutica convenzionata dell'ASLCN1 ha sostanzialmente mantenuto il valore di spesa pro-capite dell'anno 2019 (pre-pandemia), pari ad € 132,05.	4	4	-

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:

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.

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).

Scheda di valutazione dei titolari di incarico di funzione: è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto titolare di incarico di funzione. 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 titolare di incarico di funzione 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.

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 funzione.

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 (titolare di incarico di funzione, 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 SPORTELLI	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 2022, il Responsabile della S.C.

Interaziendale Gestione Risorse Umane, con apposita nota protocollata il 28 aprile 2023 ha trasmesso 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 2022 e ratificati dall’Organismo Indipendente di Valutazione e, a seguire, dalla Direzione Generale che ne ha confermato il giudizio attraverso la deliberazione n. 159 del 27/04/2023 avente ad oggetto “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2022 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 22 maggio 2023.

Per quanto riguarda la scheda “SV”, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane ha trasmesso, con apposita nota protocollata il 28 aprile 2023, 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 2022 per la valutazione a consuntivo della performance individuale.

La medesima S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane con comunicazione del 2 maggio 2023 ha richiesto la compilazione delle schede di valutazione per il 2022 per il personale del comparto e per i titolari di incarico di funzione, da effettuarsi con l’ausilio della procedura informatica IRIS WEB. Il termine per la compilazione era fissato per il 22 maggio 2023.

Di seguito si presentano i dati emersi al termine del processo di valutazione della performance individuale relativa all’anno 2022 del personale del Comparto (distinto tra personale non titolare di incarico di funzione e personale titolare di incarico di funzione), 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 incarico di funzione, 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)

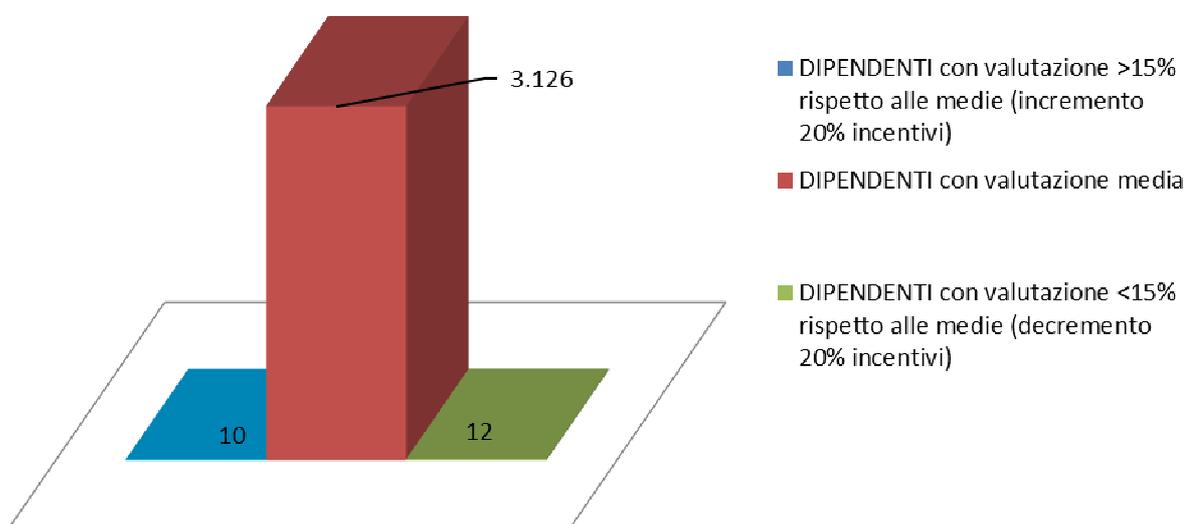
Di seguito si sintetizzano i dati emersi dalla valutazione della performance connessa alla parte qualitativa del sistema incentivante del personale del comparto, mettendo in evidenza sia il rapporto tra i dipendenti valutati e quelli non valutati oppure che non hanno accettato la valutazione.

Riepilogo valutazione comparto 2022	
dipendenti complessivi comparto	3.252
dipendenti valutati	3.148
di cui dipendenti che non hanno accettato valutazione	4
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	104

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)	10
Dipendenti con valutazione <15% rispetto alla media (decremento 20% incentivi)	12
Dipendenti con valutazione media	3.126

RISULTATO VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO



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).

Titolari di incarico di funzione

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

Riepilogo valutazione titolari di incarico di funzione 2022	
<i>dipendenti complessivi</i>	235
<i>dipendenti valutati</i>	234
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	1
dipendenti che non hanno accettato valutazione	0
dipendenti con valutazione negativa (<65)	0

Per quanto attiene ai progetti quantitativi trasversali, nel 2022 i beneficiari sono stati nel complesso 696 per un ammontare complessivo di € 446.586,20 a fronte di un orario aggiuntivo dedicato pari a n. 20.578,41 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.

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

AREA SANITÀ:

Dirigenti medici e veterinari (n. 504 valutati)

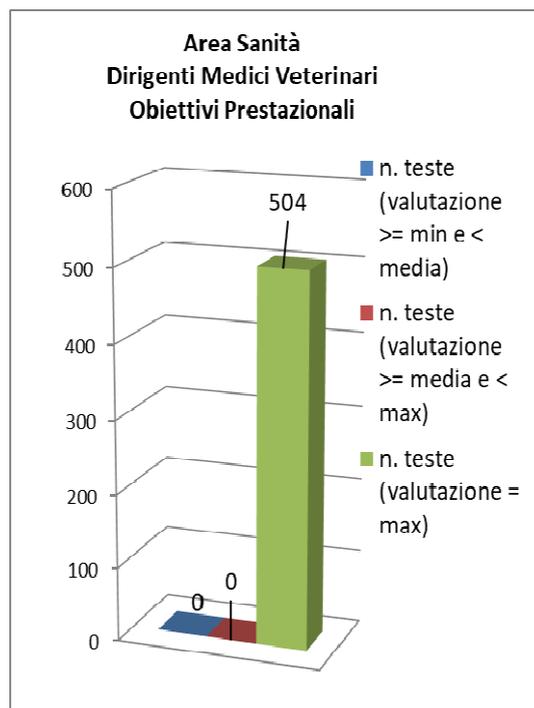
OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%

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

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

n. teste (valutazione = max) = 504



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

Valore Minimo (min) = 73,30

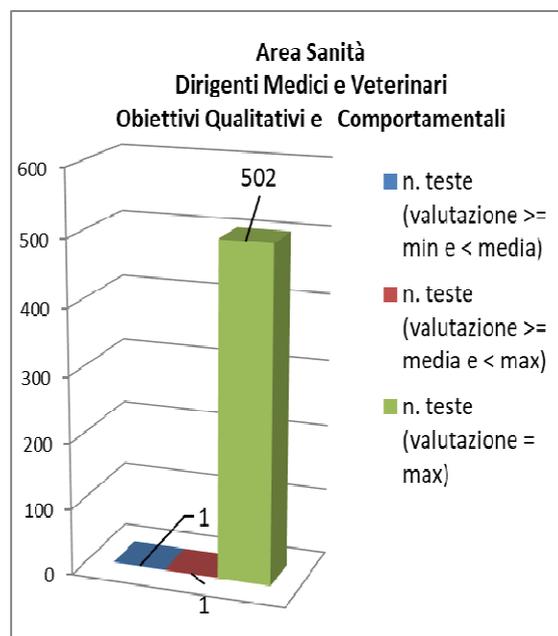
Valore Massimo (max) = 100,00

Valore Medio (media) = 86,65

n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) = 1

n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) = 1

n. teste (valutazione = max) = 502

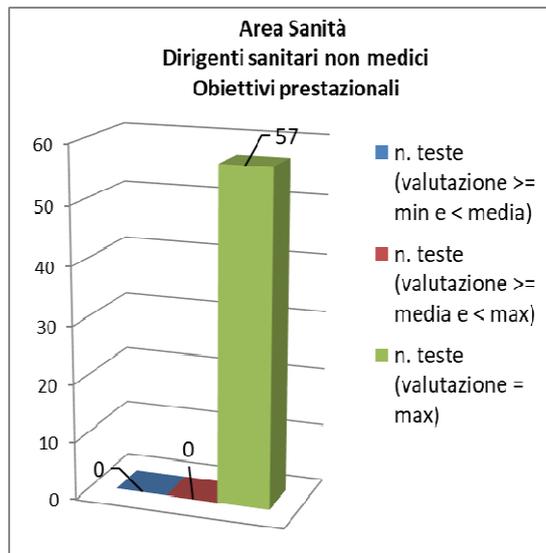


Dirigenti sanitari non medici (n. 57 valutati)

OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%

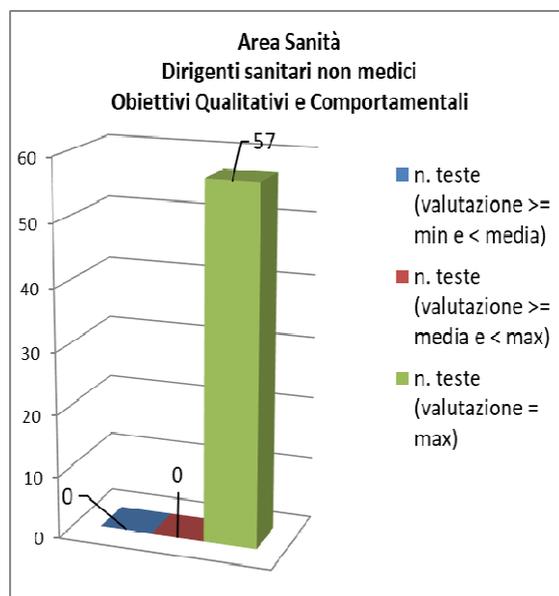
n. teste (valutazione \geq min e $<$ media)	=	0
n. teste (valutazione \geq media e $<$ max)	=	0
n. teste (valutazione = max)	=	57



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%

n. teste (valutazione \geq min e $<$ media)	=	0
n. teste (valutazione \geq media e $<$ max)	=	0
n. teste (valutazione = max)	=	57

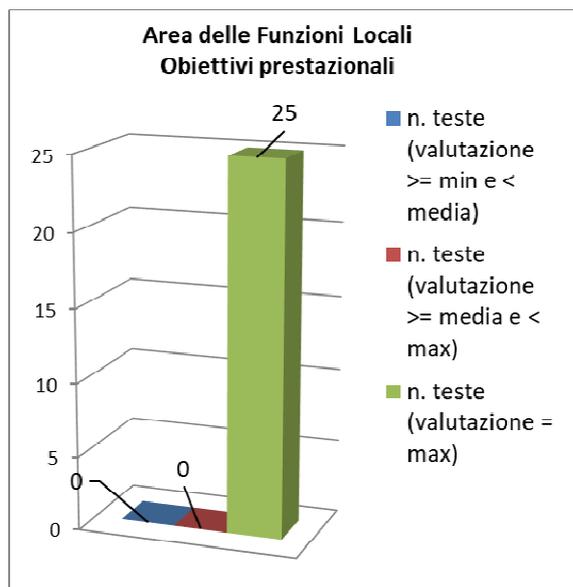


AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 25 dirigenti valutati)

OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

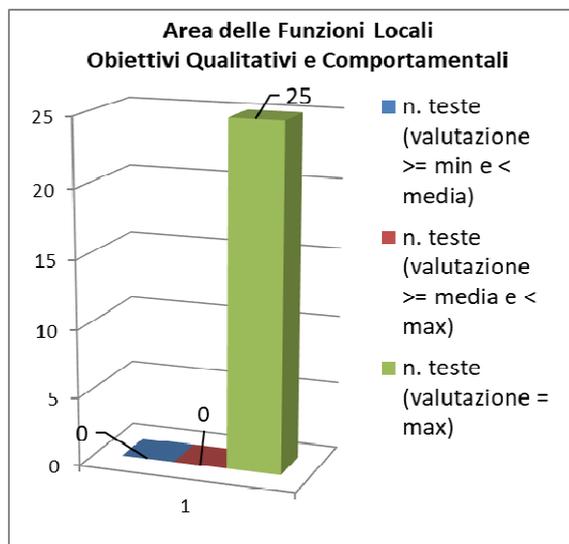
Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%

n. teste (valutazione \geq min e $<$ media)	=	0
n. teste (valutazione \geq media e $<$ max)	=	0
n. teste (valutazione = max)	=	25



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%
 n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) = 0
 n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) = 0
 n. teste (valutazione = max) = 25



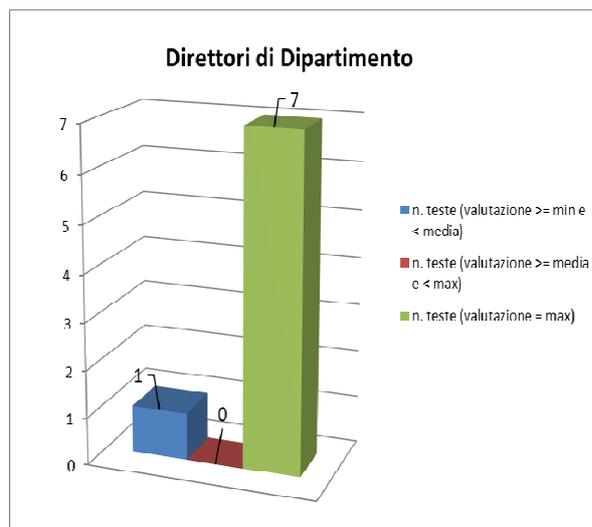
Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate

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

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

Direttori di Dipartimento (n. 8 direttori valutati)

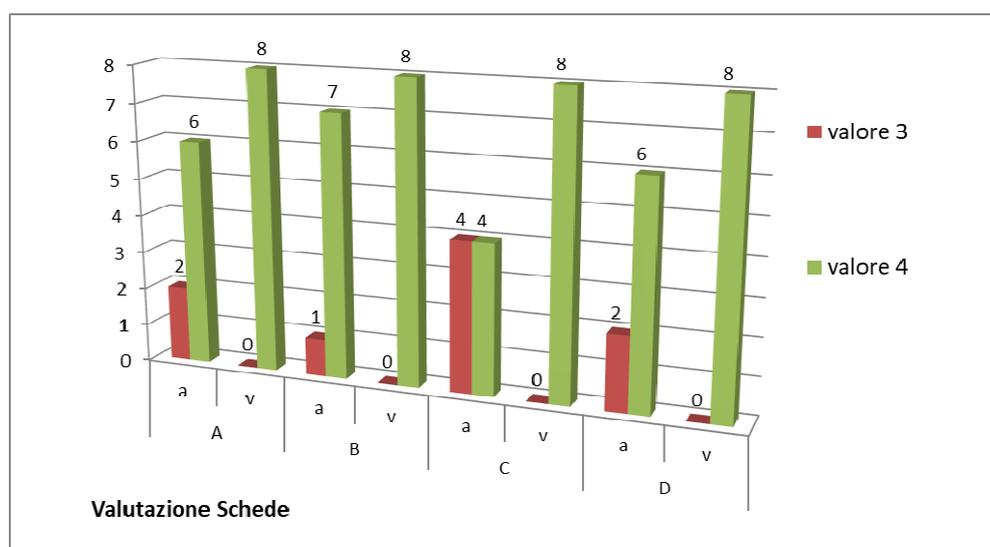
Valore Minimo (min) = 95,00
 Valore Massimo (max) = 100,00
Valore Medio (media) = 97,50
 n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) = 1
 n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) = 0
n. teste (valutazione = max) = 7



Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	2	0	1	0	4	0	2	0
valore 4	6	8	7	8	4	8	6	8
totale teste	8							

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



AREA SANITÀ:

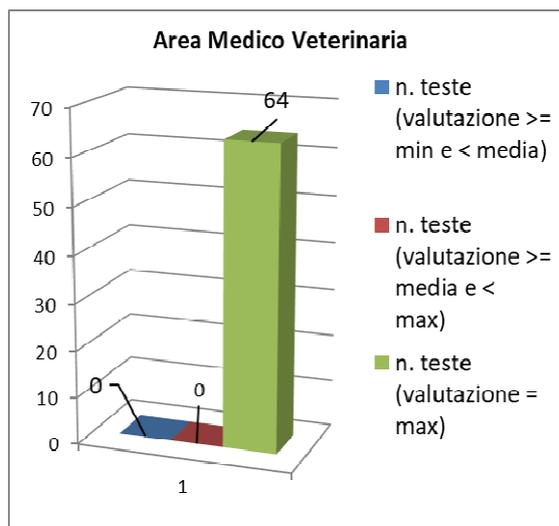
Direttori/responsabili medici e veterinari (n. 64 valutati)

Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%

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

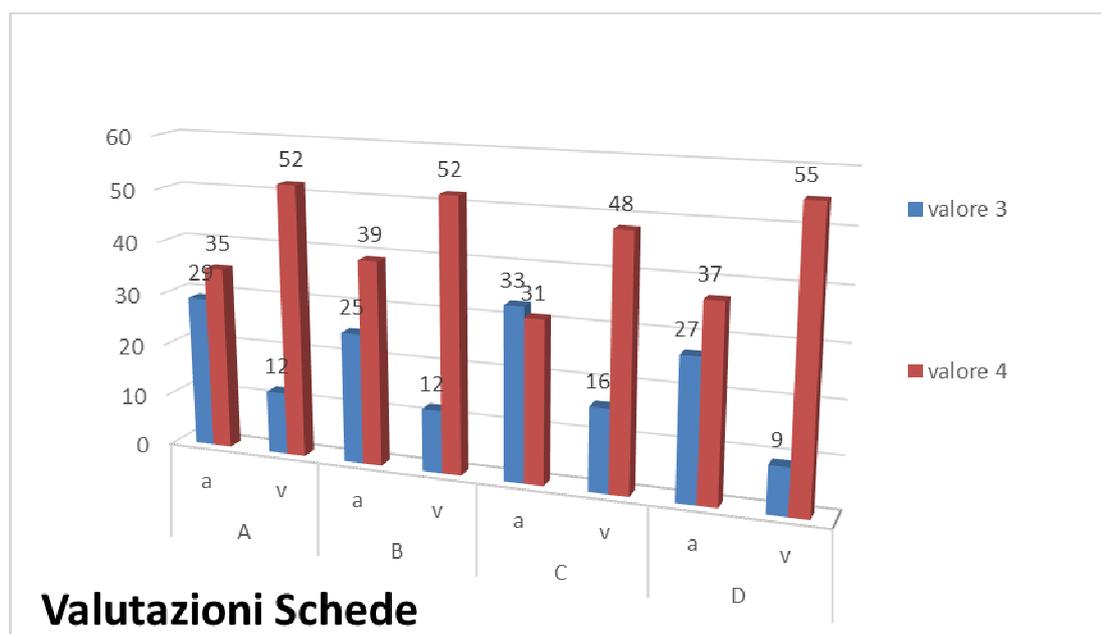
n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) = 0

n. teste (valutazione = max) = 64



	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	29	12	25	12	33	16	27	9
valore 4	35	52	39	52	31	48	37	55
totale teste	64							

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



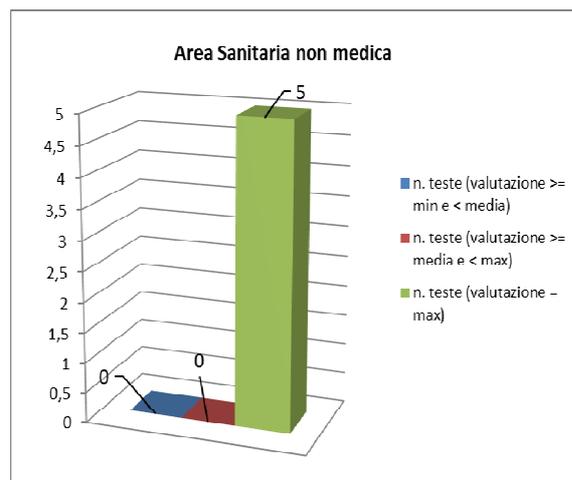
Direttori/responsabili sanitari non medici (n. 5 valutati)

Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%

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

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

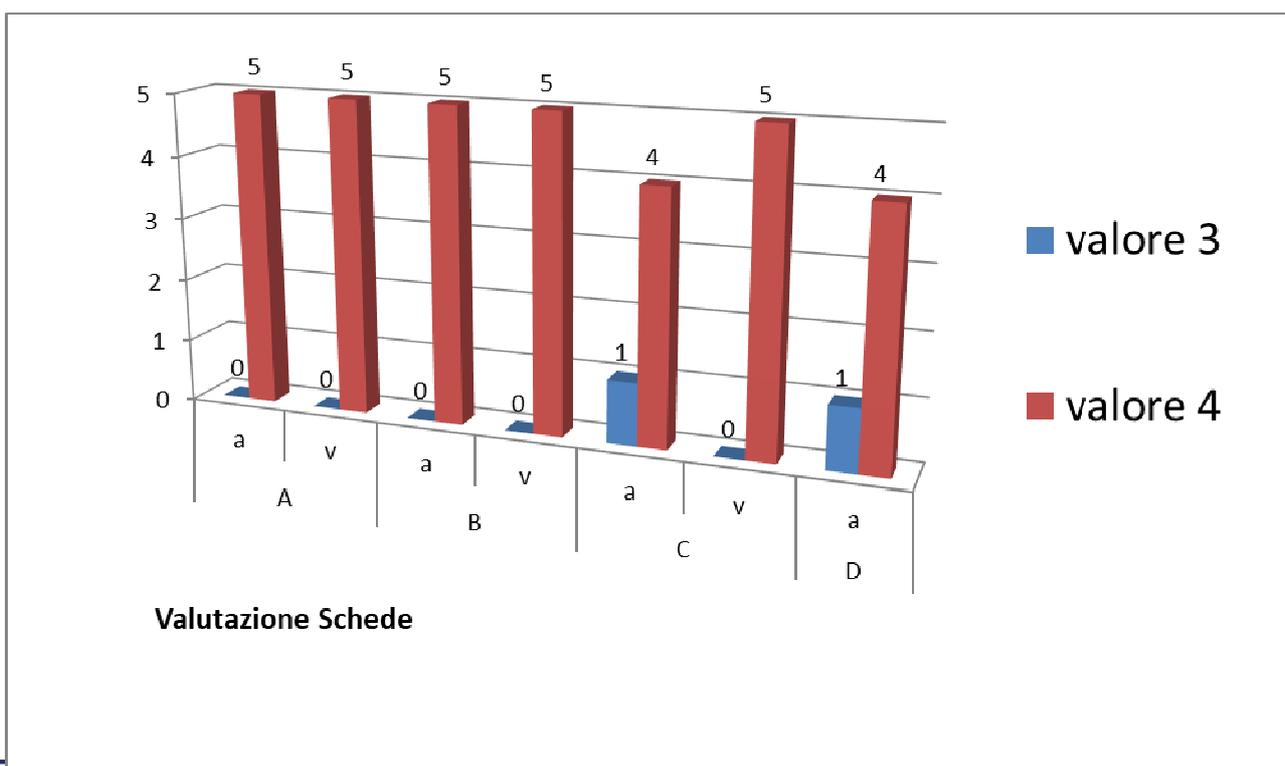
n. teste (valutazione = max) = 5



Valutazioni schede

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

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



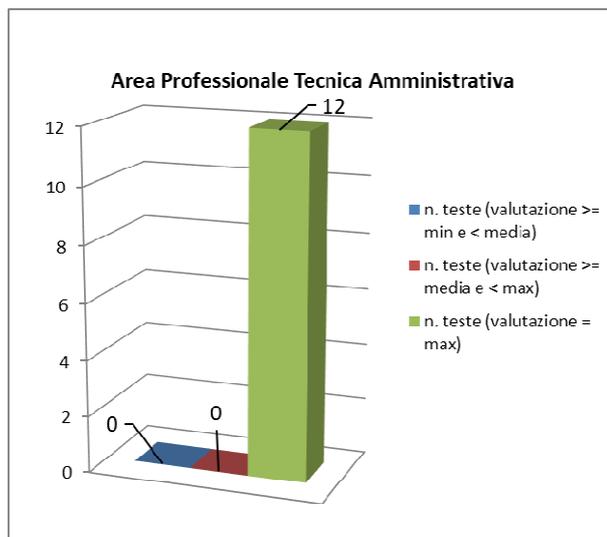
AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 12 direttori/responsabili valutati)

Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%

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

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

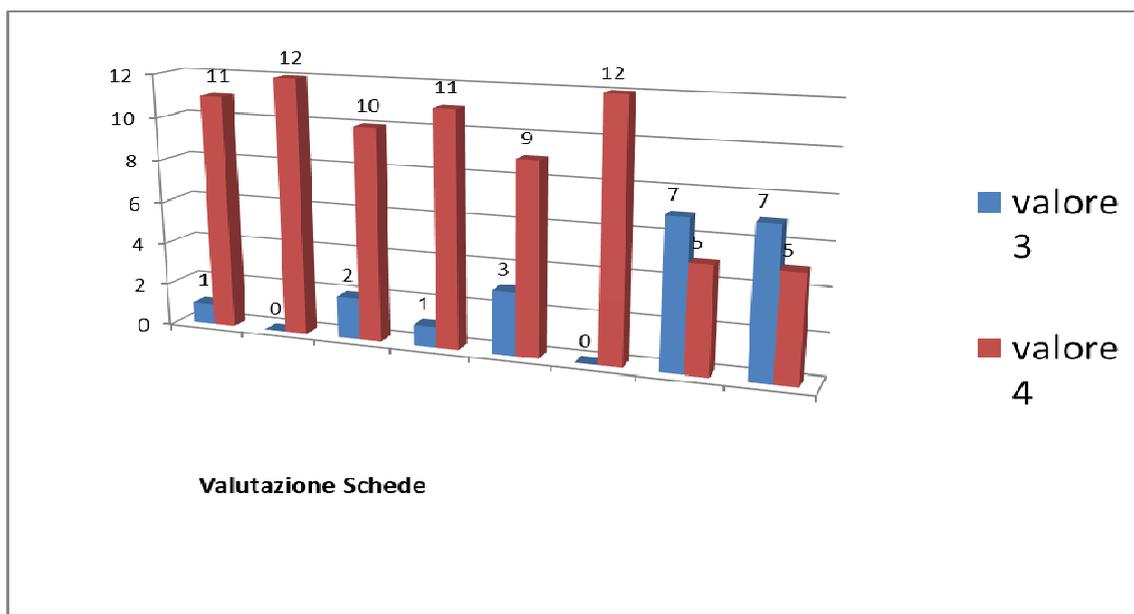
n. teste (valutazione = max) = 12



Valutazioni schede

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 3	1	0	2	1	3	0	7	7
valore 4	11	12	10	11	9	12	5	5
totale teste	12							

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. 125 del 29 aprile 2022 di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 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 2022:

- Sono stati pubblicati i dati su “Amministrazione Trasparente” entro il 30 giugno; 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. 201 del 13 aprile 2022;
- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo “Scadenario dei nuovi obblighi amministrativi”;
- è stata posta estrema attenzione nell’accoppiare alle risorse informative pubblicate, le specifiche banche dati di riferimento (laddove esistenti), in modo da agevolare la ricerca univoca e stabile dei dati.

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%
- **Anno 2022 pari a 4,21%**

3.5.2 Prevenzione della Corruzione

Nel corso del 2022 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^a variante, deliberata dal Direttore Generale il 13/05/2019 con provvedimento n. 203, approvata dalla Regione Piemonte con DGR n. 112-9019 del 16/05/2019 ed integrato con una ulteriore 5^a 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 ed integrato con un'ultima 6^a variante, deliberata dal Direttore Generale il 14/02/2022 con provvedimento n. 52, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n. 14-4830 del 31/03/2022.

Adozione e diffusione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Con deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 29/04/2022 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 2022-2024. 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 2022 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 2022 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 2022 alcune Strutture hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi e anche nel 2023 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 516 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 2022, tutte le Strutture aziendali hanno aggiornato o dato attuazione, come per gli anni 2020 e 2021, 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 2022, entrata a far parte degli obiettivi del budget 2022, 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 parte del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO 2023-2025 dell'ASL CN1, che fotografa la situazione delle attività analizzate in Azienda al 31/12/2022.

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 ha determinato una presentazione più articolata: un "Webinar", 2 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, è stato completato da 92 partecipanti; il secondo evento 131-37039 "Il conflitto di interessi in ambito sanitario", è stato concluso da 127 partecipanti, soprattutto Medici e Dirigenti Sanitari ospedalieri. Costatato che i contenuti dei suddetti corsi sul "Conflitto di interessi" sono stati apprezzati, sia per l'impostazione didattica che per la presentazione, nel 2021 si era pensato di riproporli interamente sotto forma di "FAD". Il pacchetto, della durata complessiva di 5 ore per ogni evento, era disponibile 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.

Anche nel 2022 si è ritenuto opportuno riproporli interamente. Il pacchetto, della durata complessiva di 5 ore per ogni evento, è stato fruibile dall'1/08/2022 al 30/11/2022. Il primo corso 131-41105 "Il conflitto di interessi nelle attività di controllo, vigilanza, ispezioni, sanzioni nel Dipartimento di Prevenzione", è stato completato da 153 partecipanti; mentre il secondo evento 131-41102 sulla "Gestione del Conflitto di interessi in ambito sanitario", è stato concluso da 392 iscritti. Cosicché in tre anni, in materia di Conflitto di interessi, sono stati formati in totale 1.603 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 documento.

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 RPCT il report annuale contenente i dati sulle violazioni disciplinari contestate al personale dipendente.

Dalla suddetta documentazione, con riferimento al periodo 01/11/2021 – 31/10/2022, emerge quanto segue:

Segnalazioni ricevute dall'UPD nel periodo 01/11/2021– 31/10/2022	11
archiviazioni disposte all'esito del procedimento disciplinare:	5
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 66, c. 3, lett. b) del CCNL del 21/05/2018: rimprovero scritto per <i>“inosservanza disposizioni di legge e di servizio”</i>	1
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 66, c. 4 in riferimento al c. 3, lett. b) del CCNL del 21/05/2018: una sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per 3 giorni per <i>“grave negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati”</i>	2
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 72, c. 4, lett. b) del CCNL del 19/12/2019: una multa di € 300,00 per <i>“comportamento negligente e non corretto”</i>	1
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 55 quater, c. 1, lett. b) del D.Lgs. 165/2001: Licenziamento con preavviso per <i>“assenza ingiustificata – mancato rientro in servizio malgrado diffida dell'ASL CN1”</i>	1
procedimenti sospesi ex art. 55 ter del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.	//
procedimenti in corso di istruttoria al 31/10/2022	1
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 11, sei in più rispetto alle 5 del 2020, 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 di 18 segnalazioni del 2014.

Sempre ai fini del monitoraggio, come negli anni precedenti, è stata inviata ai Responsabili delle Strutture aziendali una scheda, che i medesimi hanno provveduto a compilare e restituire al RPCT, nella quale viene individuato un indicatore riferito a ciascun articolo del Codice di comportamento, che assolve alla duplice funzione di fornire dati utili a valutare l'efficace attuazione del Codice stesso nelle Strutture, e di sensibilizzare sia i Responsabili che i dipendenti sugli obblighi previsti dalle disposizioni oggetto di rilevazione.

Si riportano, di seguito, gli esiti del suddetto monitoraggio, riferiti al periodo 01/10/2021 – 30/09/2022:

Monitoraggio attuazione codice di comportamento	2022
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.)	6
Comunicazioni interessi finanziari e conflitto di interesse all'atto dell'assegnazione all'ufficio (art. 6 Cod. Comp.)	1
Dichiarazioni di astensione per potenziale conflitto di interessi (art. 7 Cod. Comp.)	0
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	209
Segnalazioni/reclami da parte di utenti che lamentano un inadeguato comportamento in servizio nei confronti del personale dipendente o convenzionato	57
Segnalazioni al RPC tramite il canale dedicato al whistleblowing	1

La quasi totalità dei Responsabili di struttura ha dichiarato, nell'ambito della relazione annuale e/o della apposita scheda di monitoraggio, di aver assunto delle iniziative per continuare a sensibilizzare e informare il personale sull'importanza dei doveri comportamentali previsti dal Codice, 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 espresso pareri favorevoli in riferimento all'attività di formazione, realizzata finora in Azienda, hanno manifestato un alto gradimento per i corsi FAD, grazie ai 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; hanno 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 nei confronti dei colleghi che dell'Utenza.

Alcuni Responsabili suggeriscono di evidenziare maggiormente nei corsi di formazione sia gli obblighi del lavoratore a diretto contatto con il Pubblico, sia 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.

Inoltre, suggeriscono approfondimenti 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; in particolare, dalle relazioni annuali e/o dalla scheda di monitoraggio del comportamento dei dipendenti è emersa la necessità di approfondire i temi dell'etica e della buona amministrazione, organizzando incontri con rappresentanti dell'Autorità Giudiziaria.

Reclami dei cittadini-utenti

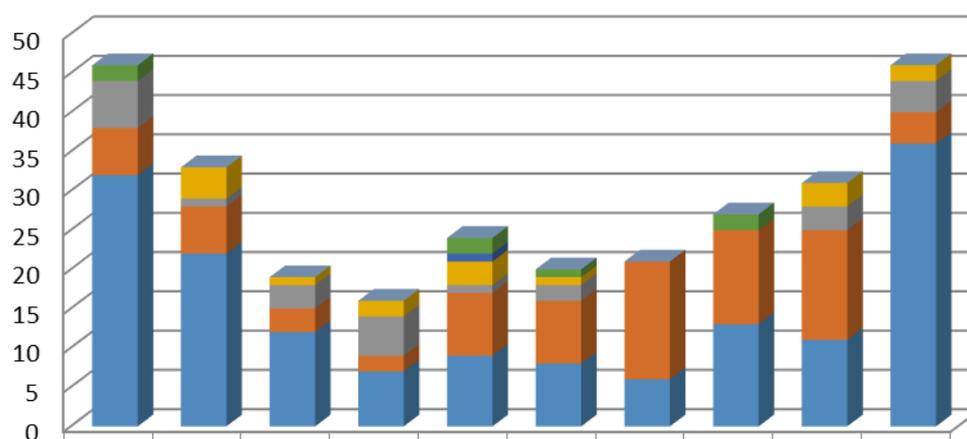
La ricezione e gestione dei reclami dei cittadini è curata dall'URP attraverso una procedura che consente di optare tra diverse modalità di presentazione (verbale, rivolgendosi direttamente agli sportelli o telefonicamente, a mezzo posta, e-mail).

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.

Di fronte alla considerevole quantità di prestazioni e di servizi erogati dall'Azienda, il numero dei reclami raccolti è obiettivamente basso e conosce un andamento sinusoidale: dal picco dei 45 del 2013 si è scesi a 33 del 2014 a 19 del 2015, raggiungendo il punto più basso con i 16 del 2016; nel 2017 e con l'innalzamento a 24, stabilizzatosi a 20 e 21 nel 2018 e 2019, per poi avviare la curva in salita ai 27 del 2020, ai 31 del 2021 e infine ai 46 del 2022.

Nell'istogramma sotto riportato vengono rappresentati i reclami pervenuti negli ultimi nove anni, suddivisi in base alla categoria di classificazione predisposta dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico:

Andamento reclami 2013-2022



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Qualità ambientale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Econ./leg./amm.va	2	0	0	0	2	1	0	2	0	0
Informazione	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tempi di attesa	0	4	1	2	3	1	0	0	3	2
Organizzazione	6	1	3	5	1	2	0	0	3	4
Umanizzazione	6	6	3	2	8	8	15	12	14	4
Comp. Tecn. Prof.le	32	22	12	7	9	8	6	13	11	36

Procedimenti disciplinari

Nel 2022 si registra un aumento 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 11, quindi in aumento rispetto a quelle pervenute nel corso del 2021 che erano in totale 7.

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 2021 rispetto al 2020, i costi della gestione ordinaria sono in aumento di 46,225 milioni di euro.

Voce di CE nuova aggregazione	Consuntivo 2021	Consuntivo 2020	Variazione Assoluta	Variazione Relativa
Totale costi gestione ordinaria	620.420	574.195	46.225	8,05%

Di seguito si richiamano gli aumenti di costo più importanti:

L'aggregato Acquisti e manutenzioni, che presenta un incremento di 1.802 mila euro, pari all'1,91%, dovuto principalmente alle maggiori spese per l'acquisto dei farmaci in distribuzione diretta, con un incremento di 2.394 mila euro, pari al 9,49%;

La voce Altra Assistenza, che presenta un incremento di 6,993 milioni di euro, pari al 19,06%, principalmente dovuta all'imputazione ai conti 3101823 e 3101825 della spesa per le prestazioni aggiuntive, precedentemente attribuite all'aggregato del Personale dipendente per 3,37 milioni di euro ed alla riclassificazione dei costi della convenzione fra il Dipartimento 118 e l'ASL TO3 per 1,7 milioni di euro (precedentemente indicati al conto 3100417 nell'aggregato Altri Servizi). Fra gli aumenti si evidenziano inoltre il costo per l'assistenza agli anziani, di cui ai conti 3100333 e 3101804, che è passato da 22,86 milioni nel 2020 a 23,06 milioni di euro nel 2021; il costo per l'acquisto di prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale da privato, di cui al conto 3100496, che è aumentato di 717 mila euro, a fronte di un maggior bisogno assistenziale. L'assistenza a favore di altri soggetti, di cui al conto 3101806, ha subito un incremento di 377 mila euro;

La voce Altri Servizi, che presenta un incremento di 9.865 mila euro, pari al 30,73%, principalmente dovuto all'addebito del costo dei tamponi da parte dell'ASO S. Croce e Carle (incremento sul conto 3100328 per 2,03 milioni di euro), delle commesse Amos di cui al conto 3100388 che presentano un aumento di 2,2 milioni di euro e del conto 3100489 Prestazioni sanitarie (non finali da privati), che contiene anche l'esternalizzazione di servizi sanitari con maggiori costi per 2,591 milioni di euro;

La voce Personale dipendente che presenta un aumento di 2.997 mila euro (+1,47%), al netto della riclassificazione sulle prestazioni aggiuntive precedentemente richiamata;

La voce Servizi appaltati, che presenta un aumento di 4.010 mila euro (+16,96%) 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 per ulteriori 2.427 mila euro, dei servizi di pulizia presidi ospedalieri e servizi sanitari per 483 mila euro e dei servizi di riscaldamento (incremento del prezzo del gas) per 662 mila euro;

La voce Accantonamenti, che presenta un incremento di 5.091 mila euro (+39,22%) che trova integrale motivazione negli accantonamenti obbligatori per il rinnovo della dirigenza medica, non medica e del comparto (conti 3101615, 3101616 e 3101617), per complessivi 5.387 mila euro, conti che non avevano valori nel bilancio consuntivo 2020;

Fra i valori di mobilità, che complessivamente riportano un peggioramento dei saldi di 16.780 mila euro, figura la ripresa delle attività dell'AO S. Croce e Carle, con un incremento della mobilità passiva intra di 20.431 mila euro.

Il dato di Consuntivo dell'anno 2022 non è ancora disponibile nella sua versione definitiva in quanto le disposizioni regionali hanno richiesto la trasmissione dei valori di Stato Patrimoniale e Conto Economico entro fine maggio 2023. Nelle prime settimane di giugno la Regione effettuerà ulteriori analisi ed approfondimenti sui dati inviati dalle Aziende, fornendo altre indicazioni eventualmente necessarie. In esito a tali analisi ed indicazioni verrà completato il bilancio di esercizio 2022.

Il bilancio di previsione 2023 è stato trasmesso alla Regione mediante caricamento sulla piattaforma informatica regionale in forma di provvisorio tecnico con un risultato di esercizio atteso di meno 85,602 milioni di euro.

Nei primi mesi dell'anno 2023 le Aziende Sanitarie Regionali sono state convocate dalla Regione Piemonte per approfondimenti sulle principali voci di costo. In esito a tali incontri, l'ASL ha proceduto ad adeguare la propria programmazione alle indicazioni ricevute.

L'approvazione della DGR del 21 marzo 2023, n. 37-6640 avente ad oggetto: "Riparto 2022 del Fondo Sanitario e entrate Payback agli Enti del S.S.R. a modifica delle risorse provvisorie assegnate con D.G.R. n. 2-4147 del 24/11/2021. Riparto delle quote del fondo sanitario indistinto accantonato in GSA per la copertura delle spese derivanti da CCNL 2019-2021 relative al comparto non dirigente e riparto alla ASL Città di Torino di euro 2,5 milioni per le finalità di interventi CUP" permetterà di considerare l'incremento del Fondo Sanitario Nazionale maturato sino al 31/12/2022, da applicarsi all'esercizio 2023, nelle more dell'effettivo riparto nazionale e regionale del Fondo Sanitario Nazionale 2023.

L'incremento dei contributi a favore della ASL CN1, secondo le istruzioni contabili che verranno inviate dalla Regione Piemonte per la predisposizione del bilancio di verifica al 30 giugno 2023, ridurrà ulteriormente la perdita attesa per il 2023.

L'andamento dei costi sarà monitorato con riferimento alla componente ordinaria ed alla componente di contrasto alla pandemia, in analogia a quanto avvenuto negli esercizi precedenti.

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. 206 del 13/07/2022 e n. 207 del 13/07/2022, è stato quantificato in via provvisoria l'ammontare dei fondi contrattuali per l'anno 2022, sia per il Personale del Comparto che per la Dirigenza Area Sanità.

Con deliberazione n. 125 del 03/04/2023, è stato quantificato in via definitiva l'ammontare dei fondi contrattuali per l'anno 2022 relativi all'Area Dirigenziale Funzioni Locali. 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 2022 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 2022, come definiti con i citati provvedimenti n. 207 del 13/07/2022, n. 125 del 03/04/2023 e n. 206 del 13/07/2022.

DIRIGENZA AREA SANITA'	
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DEGLI INCARICHI - ART.94 CCNL 19/12/2019 – UNICO DAL 01/01/2020, AI SENSI DEI COMMI 1 E 2 DEL MEDESIMO ARTICOLO	
Totale fondo	14.446.587,67
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DELLE CONDIZIONI DI LAVORO - ART.96 CCNL 19/12/2019 - UNICO DAL 01/01/2020, AI SENSI DEI COMMI 1 E 2 DEL MEDESIMO ARTICOLO	
Totale fondo	2.478.799,97
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO - ART.95 CCNL 19/12/2019 - UNICO DAL 01/01/2020, AI SENSI DEI COMMI 1 E 2 DEL MEDESIMO ARTICOLO	
Totale fondo	6.378.810,65
TOTALE FONDI come da Delib. 207/2022	23.304.198,29

AREA DIRIGENZA FUNZIONI LOCALI	
FONDO RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ART.90 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	742.685,16
FONDO RETRIBUZIONE DI RISULTATO E ALTRI TRATTAMENTI ACCESSORI ART 91 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	481.914,58
TOTALE FONDI come da Delib. 125/2023	1.224.599,74

PERSONALE DEL COMPARTO			
Descrizione	Fondo art.81 (premierità e fasce)	Fondo art.80 (trattamento accessorio e incarichi)	TOTALE FONDI 2022
Fondi come da Delib 206/2022	12.493.339,92	10.065.303,71	22.558.643,63

Per quanto concerne la ripartizione della retribuzione di risultato, l'Azienda ha provveduto alla definizione dei relativi budget per l'anno 2022 riferiti all'Area Dirigenziale Sanità, come da tabelle sotto riportate, secondo la modalità di destinazione delle risorse dei fondi contrattuali concordate con le OO.SS., alle quali sono state altresì trasmesse, quale opportuna informativa, le schede delle riunioni di budget 2022 e relativi allegati, che sono state parimenti inviate alle OO.SS. dell'Area Funzioni Locali, per la quale non si riscontrano significative modifiche rispetto ai budget di risultato definiti per i dirigenti non responsabili di struttura negli anni precedenti.

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 Mondovì	2,83	278,61	25.216,67
S.C. Anestesia e Rianimazione Mondovì	13,75	2.475,00	189.750,00
S.C. Anestesia e Rianimazione Savigliano	14,33	2.579,40	197.754,00
S.C. Cardiologia Mondovì	11,00	1.228,33	106.700,00
S.C. Cardiologia Savigliano	12,29	1.484,37	125.937,17
S.C. Chirurgia Generale Mondovì	11,25	1.200,00	105.750,00
S.C. Chirurgia Generale Savigliano	13,33	1.421,33	125.255,00
S.C. Diabetologia Territoriale	6,08	506,67	48.640,00
S.C. Direzione Sanitaria Mondovì	1,25	145,83	12.500,00
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano	3,00	383,33	32.000,00
S.C. Distretto nord-est	2,71	225,69	21.666,67
S.C. Distretto nord-ovest	2,83	283,33	25.500,00
S.C. Distretto sud-est	1,25	187,67	15.010,00
S.C. Distretto sud-ovest	3,00	318,33	28.100,00
S.C. Emergenza sanitaria territoriale 118	14,87	1.660,48	144.239,00
S.C. Fisiopatologia Respiratoria Saluzzo	5,58	691,11	58.216,67
S.C. Ginecologia e Ostetricia Mondovì	3,75	393,75	34.875,00

STRUTTURA	Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente	Orario negoziato per obiettivi prestazionali	Budget dirigenti non responsabili di struttura
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	3,17	332,75	29.450,00
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale	18,58	1.858,33	167.250,00
S.C. Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche	14,47	1.205,56	115.733,33
S.C. Lungodegenza	4,17	486,11	41.666,67
S.C. Maxiemergenza 118	2,42	269,86	23.441,67
S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì	5,83	680,17	58.300,00
S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano	5,33	622,22	53.333,33
S.C. Medicina Fisica e riabilitazione area Nord	2,00	198,77	17.926,31
S.C. Medicina Interna Ceva	4,13	481,83	41.300,00
S.C. Medicina Interna Mondovì	7,42	865,28	74.166,77
S.C. Medicina Interna Saluzzo	5,33	622,22	53.333,33
S.C. Medicina Interna Savigliano	6,50	758,33	65.000,00
S.C. Medicina legale	7,42	618,06	59.333,33
S.C. Nefrologia Dialisi Mondovì	8,00	840,00	74.400,00
S.C. Neurologia Mondovì	5,75	670,83	57.500,00
S.C. Neurologia Savigliano	5,58	651,00	55.800,00
S.C. Neuropsichiatria infantile	5,07	549,25	48.165,00
S.C. Neuroriabilitazione Fossano	1,00	116,67	10.000,00
S.C. Oculistica Savigliano	5,70	560,50	50.730,00
S.C. Oncologia Area Nord	3,00	281,88	25.912,50
S.C. Ortopedia e Traumatologia Mondovì	5,00	575,00	49.500,00
S.C. Ortopedia e Traumatologia Savigliano	10,00	1.150,00	99.000,00
S.C. Otorinolaringoiatria Savigliano	2,96	295,83	26.625,00
S.C. Pediatria Mondovì	4,92	532,64	46.708,33
S.C. Pediatria Savigliano	8,33	902,78	79.166,67
S.C. Presidio Multizonale Profilassi e Polizia Veterinaria	2,00	183,33	17.000,00
S.C. Psichiatria area NORD	10,70	1.070,00	96.300,00
S.C. Psichiatria area SUD	13,33	1.333,33	120.000,00
S.C. Radiologia Mondovì	10,50	1.032,50	93.450,00

STRUTTURA	Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente	Orario negoziato per obiettivi prestazionali	Budget dirigenti non responsabili di struttura
S.C. Radiologia Savigliano	11,21	1.102,15	99.754,17
S.C. S.I.A.N	5,47	455,97	43.773,33
S.C. S.I.S.P.	7,83	1.566,67	117.500,00
S.C. S.PRE.S.A.L	5,00	500,00	45.000,00
S.C. Sanità animale	54,88	4.573,61	439.066,67
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	7,29	607,64	58.333,33
S.C. Urologia Savigliano	8,00	760,00	69.600,00
S.C.I. Medicina Lavoro	2,00	316,67	25.000,00
S.S. Cardiologia Riabilitativa	2,00	223,33	19.400,00
S.S. Formazione e Sviluppo Competenze Qualità	1,00	91,67	8.500,00
S.S. Laboratorio Analisi	4,75	633,33	52.250,00
S.S. Medicina trasfusionale	4,00	460,00	39.600,00
S.S. Riabilitazione Ceva	6,67	633,65	58.029,00
S.S. Riabilitazione ortopedica e neurologica	2,75	273,31	24.648,68
S.S.D. Ambiente, agenti fisici e radioprotezione	0,50	41,67	4.000,00
S.S.D. Continuità assistenziale a valenza sanitaria	1,92	185,28	16.866,67
S.S.D. Cure Palliative	1,00	93,96	8.637,50
S.S.D. Urologia Mondovì	2,00	190,00	17.400,00

RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2022

Allegato 2 - budget risultato 2022 - dirigenti sanitari

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 Mondovì	1,00	103,33	9.200,00
S.C. Farmacia ospedaliera	10,50	1.575,00	126.000,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	1,00	66,67	7.000,00
S.C. Neuropsichiatria infantile	9,02	661,47	66.748,00
S.C. Psichiatria area NORD	2,30	210,00	19.500,00
S.C. Psichiatria area SUD	2,83	226,67	22.100,00
S.C. S.I.A.N	1,25	83,33	8.750,00
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	4,16	318,77	31.600,00
S.C.I. Medicina Lavoro	0,75	50,00	5.250,00
S.S. Farmacia territoriale	3,00	235,00	29.400,00
S.S. Laboratorio Analisi	3,00	265,00	24.900,00
S.S.D. Ambiente, agenti fisici e radioprotezione	2,00	166,67	16.000,00
S.S.D. Promozione della salute	1,00	66,67	7.000,00
S.S.D. Servizio di psicologia e psicopatologia dello sviluppo	7,20	564,00	55.440,00
S.S.D. Consulenti famigliari	0,80	53,33	5.600,00

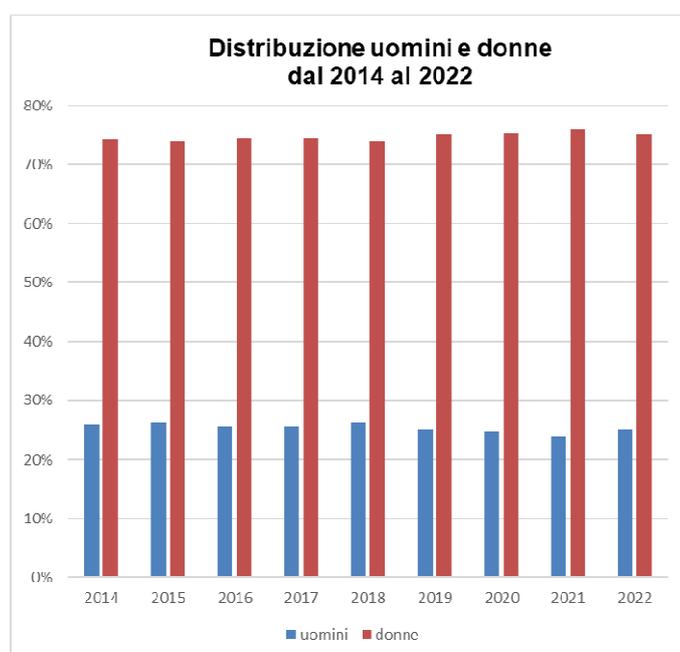
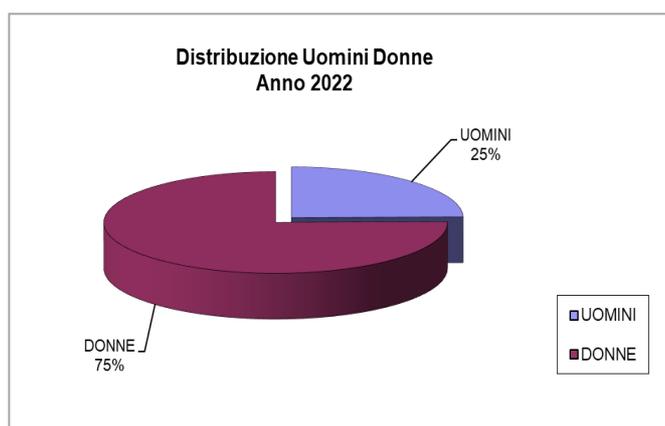
5. Pari opportunità

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

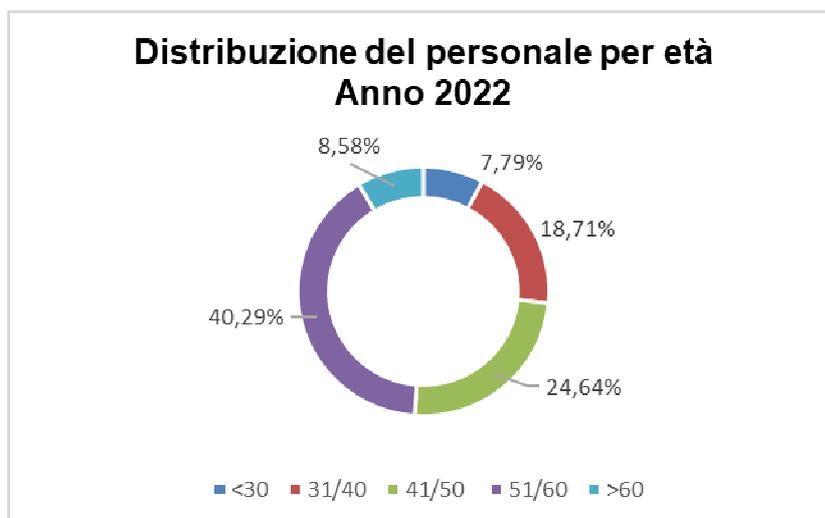
Nel restituire un quadro aziendale in termini di composizione del personale, di distribuzione del salario complessivo fra uomini e donne, di utilizzo dei congedi parentali e/o permessi per l'assistenza e la cura familiare, di svolgimento dell'attività formativa e delle iniziative in tema di tema di sicurezza 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 2022 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 dal Servizio Gestione Risorse Umane sulla distribuzione del personale per genere e in particolare:

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

Tipo di presenza	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	>60	31/40	41/50	51/60	Tot.	%	<30	>60	31/40	41/50	51/60	Tot.	%
Tempo Pieno	58	159	191	213	328	949	97,53%	245	135	499	536	867	2.282	77,20%
Part Time <50%		1	1	2	3	7	0,72%	1	11	1	24	48	85	2,88%
Part Time >50%		3	5	3	6	17	1,75%	2	28	38	190	331	589	19,93%
Totale	58	163	197	218	337	973	100,00%	248	174	538	750	1246	2.956	100,00%
Tot. %	5,96%	16,75%	20,25%	22,40%	34,64%	100,00%		8,39%	5,89%	18,20%	25,37%	42,15%	100,00%	

Nota metodologica – la modalità di rappresentazione dei dati è quella individuata dalla Ragioneria Generale dello Stato e che si trova al link:

<https://contoannuale.rgs.mef.gov.it/it/web/sicosito/occupazione>

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

Il nuovo CCNL 02/11/2022, per il personale della vecchia categoria D, ora Area dei Professionisti della Salute e dei funzionari, - non prevede la distinzione tra incarico di coordinamento e posizioni organizzative, pertanto gli incarichi sono da considerarsi unicamente di funzione.

	UOMINI	DONNE	TOTALE
incarichi comparto	56	165	221
Totale personale dipendente	973	2.956	3.929
% incarichi comparto su Tot. personale dipendente	5,76%	5,58%	5,62%

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

	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	>60	31/40	41/50	51/60	Tot.	Tot. %	<30	>60	31/40	41/50	51/60	Tot.	Tot. %
Inferiore a 3 anni	49	7	116	52	26	250	25,69%	208	4	224	90	48	574	19,42%
Tra 3 e 5 anni	9		30	10	4	53	5,45%	39	3	88	20	10	160	5,41%
Tra 5 e 10 anni		2	19	13	8	42	4,32%	1	1	57	45	12	116	3,92%
Superiore a 10 anni		154	32	143	299	628	64,54%		166	169	595	1176	2.106	71,24%
Totale	58	163	197	218	337	973	100,00%	248	174	538	750	1246	2.956	100,00%
Totale %	5,96%	16,75%	20,25%	22,40%	34,64%			8,39%	5,89%	18,20%	25,37%	42,15%		

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 2022 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.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance. Nel corso dei primi mesi dell'anno 2023, quindi la Struttura ha istruito la documentazione necessaria alla valutazione, raccogliendo la documentazione man mano pervenuta e predisponendo le schede da sottoporre all'OIV, che vengono estratte dalla procedura informatica di gestione del budget. Tali documenti contengono

integralmente la scheda di budget firmata dai Responsabili delle strutture e a fianco di ogni obiettivo vengono riportati i risultati espressi dai Referenti aziendali, come indicazioni che poi vengono sottoposte all'OIV.

Nella seduta del 16/03/2023, 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.C. Innovazione e Sicurezza Informatica 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. Controllo di Gestione Flussi Informativi e Attività Strategiche, la S.S. Direzione Amministrativa Territoriale, 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 30/06/2023 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 2022. 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 2023.

Nell'ottica di armonizzare i contenuti della performance con le tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione, nel corso del 2022 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 2022", 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 che dopo il periodo emergenziale si sono dovute riorganizzare tutte le attività che erano state interrotte, cercando di recuperare il più possibile le prestazioni al fine di poter offrire la miglior risposta possibile all'utenza, il raggiungimento degli obiettivi è quindi riscontrato nell'attenzione e nell'impegno di ogni Struttura.

Le nuove sfide del PNRR, la gestione degli obiettivi, è stata il risultato di un impegno comune, grazie al contributo di tutti i dipendenti che hanno partecipato e continuano a garantire il loro apporto nella quotidianità e nelle difficoltà, che vengono affrontate a tutti i livelli con il massimo spirito di servizio in collaborazione con le Istituzioni, le associazioni, e tutte le persone che servono e operano per l'ASL CN1 e che sono uno stimolo per continuare nella strada intrapresa, per il bene della sanità pubblica e dell'Azienda.

Il giudizio 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. 159 del 27/04/2023 “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2022 da parte delle strutture dell’ASL CN1”;
- Verifica Finale Budget 2022 – Obiettivi per struttura;
- Relazione annuale 2022 attività del CUG.