



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASL CN1

---

## ANNO 2023



*Per prima cosa cercate di rendere i vostri ideali ben definiti, chiari, pratici, trasformandoli in obiettivi. In secondo luogo verificate se avete tutti i mezzi necessari per perseguirli: capacità, soldi, materiali, metodologie. In ultimo fate in modo che tutti i vostri mezzi siano indirizzati al raggiungimento dell'obiettivo.*  
*Aristotele*

## Premessa

*La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2023 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 2023 è stato orientato nella politica di recupero a pieno regime delle attività e delle prestazioni sanitarie con un'attenzione particolare al contenimento dei costi come indicato dalla Regione Piemonte negli obiettivi ai Direttori Generali. Un ruolo importante è stato rivestito dagli investimenti del PNRR per quanto riguarda l'ammmodernamento del parco tecnologico, il rafforzamento del FSE nonché alla progettazione del nuovo ospedale di Savigliano, delle COT e delle nuove strutture territoriali, che hanno visto il coinvolgimento di molte Strutture aziendali.*

*L'Azienda attraverso il Bilancio sociale di mandato rendiconta le dinamiche relazionali che si instaurano con i cittadini e gli stakeholder esterni e interni (clienti, fornitori, finanziatori, collaboratori, ma anche residenti delle aree limitrofe all'Azienda o gruppi di interesse locali). Il Bilancio Sociale si configura come un vero e proprio processo di analisi dei rapporti che l'organizzazione intrattiene con tutti i portatori di interesse nei confronti dell'ASL CN1: questo approccio porta a un ragionamento profondo sul modello organizzativo, sulle relazioni sociali e sulla distribuzione efficace del valore aggiunto creato con la propria attività.*

*L'ASL CN1 redige un bilancio di mandato triennale; nell'autunno del 2023 sono stati costituiti i gruppi di lavoro aziendale per la redazione entro il 2024.*

*È stato inoltre redatto il Piano Integrato di Comunicazione per il triennio 2024-2026, tale Piano aziendale è lo strumento di pianificazione e integrazione delle azioni attraverso cui l'Azienda risponde alle esigenze di informazione istituzionale e di comunicazione interna ed esterna; è altresì strumento finalizzato a sostenere l'organizzazione nel raggiungimento di specifici obiettivi strategici.*

*Il Piano è redatto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, per sottolineare la complessità e l'integrazione del sistema, in cui le due Aziende, insieme, si occupano di promuovere e tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività; la comunicazione è il canale privilegiato per esplorare l'analisi dei bisogni e della domanda di servizi sanitari, che soddisfa mediante l'erogazione diretta o avvalendosi di soggetti accreditati di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.*

*Di seguito i principali obiettivi che si intende perseguire nel 2024:*

- *monitorare la percezione dei cittadini nei confronti dell'ASL CN1;*
- *veicolare i messaggi chiave per la popolazione attraverso l'utilizzo di diversi canali comunicativi;*
- *migliorare la comunicazione tra le diverse Strutture aziendali e tra i dipendenti;*
- *divulgare temi scientifici accreditati per aumentare l'appropriatezza e le modalità di accesso ai servizi;*
- *presentare l'Azienda richiamando valori e prospettive, in un'ottica di trasparenza che generi fiducia sia nei cittadini, sia negli stakeholder.*

*Infine, assumono particolare rilevanza le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista/struttura e cittadino e la promozione di una rete di autonomia di scelta (empowerment) da parte di quest'ultimo, nonché a migliorare le relazioni fra l'azienda e i portatori di interesse (stakeholder).*

*Nel corso del 2023 si è avviata la ricomposizione e ristrutturazione del sito aziendale che è stato trasferito in una piattaforma Cloud certificata e che è stato rimodellato secondo standard comunicativi più accessibili ed intuitivi per l'utenza.*

*Dall'autunno 2023 l'ASLCN1 ha strutturato l'Ufficio Progetti esistente in una Struttura dedicata, al fine di promuovere con particolare attenzione la progettazione con finanziamenti dedicati, provenienti da soggetti esterni all'Azienda: il ruolo strategico deriva anche dalla valutazione dell'importanza di tali progetti non solo come forma di finanziamento aggiuntivo, ma come spunto all'innovazione dell'Azienda. L'ASLCN1 ha aderito al progetto della Fondazione CRC definito "Wellgranda" che ha lo scopo di promuovere e sviluppare sistemi innovativi di welfare capaci di migliorare il benessere sociale e culturale delle persone, coinvolgendo tutti gli enti della provincia, con l'obiettivo di condividere l'elaborazione del piano di visione finalizzato alla realizzazione di un'infrastruttura per lo sviluppo multidimensionale del Welfare sul territorio della provincia di Cuneo.*

*L'azione WELLGRANDA ha l'obiettivo di realizzare un'infrastruttura permanente, fisica e virtuale, che supporti e accompagni azioni operative e strategiche di Welfare Territoriale nella provincia di Cuneo, contribuendo a rendere il territorio responsivo alle opportunità di welfare in ottica di*

*innovazione e circolarità a beneficio della comunità della Granda.*

*Nel periodo storico che stiamo vivendo le tematiche ambientali e la necessità di ricorrere all'uso delle fonti energetiche in modo più oculato sono diventate argomento di grandissima attualità. Il Dipartimento della Funzione Pubblica, stimola, attraverso diverse iniziative, la Pubblica Amministrazione al risparmio, riconoscendola come "un settore strategico per contribuire al piano di risparmio energetico e di uso razionale e intelligente del gas e dell'energia".*

*Già nel 2023, l'ASLCN1 ha aderito al decalogo delle azioni di miglioramento, efficientamento e razionalizzazione nel settore pubblico, contenuto nel documento "Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione".*

*La campagna dell'ASLCN1 "Aiutaci ad essere GREEN" si è attivata attraverso cartelli che ricordano di privilegiare la luce solare e spegnere le luci se non più necessarie e comunque all'uscita dalle stanze, spegnere i pc ed i monitor al termine della giornata lavorativa, utilizzare le stampe cartacee solo se necessario, chiudere le finestre nel caso di utilizzo di condizionatori, scegliere di fare le scale a piedi ed evitare l'ascensore se non necessario.*

*L'Azienda è sensibilizzata anche allo smaltimento corretto e consapevole dei rifiuti prodotti, intensificando i controlli e verificando le modalità ed i percorsi per l'adeguato e differenziato conferimento degli scarti, a partire dal vending fino ad arrivare alla sala operatoria. È da segnalarsi la particolare attenzione che arriva anche direttamente dai clinici impegnati in progetti con la collaborazione dell'Università di Torino.*

*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 2023 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 sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) e la presente Relazione sono pubblicati sul sito web istituzionale dell'Azienda all'indirizzo:*

*<https://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance>*

## INDICE

<b>1. Introduzione e presentazione del documento.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.....</b>	<b>10</b>
2.1 Il contesto esterno di riferimento .....	10
2.1.1 Territorio e contesto demografico .....	10
<b>2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti.....</b>	<b>17</b>
2.3 Progetti di miglioramento della qualità percepita .....	39
2.4 La Valutazione partecipativa .....	40
2.5 I risultati nella partecipazione comunicata .....	42
<b>3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti .....</b>	<b>47</b>
3.1 Monitoraggio infrannuale .....	53
3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici .....	56
3.3 La Performance Organizzativa.....	58
3.3.1 Obiettivi pienamente/sostanzialmente raggiunti .....	62
3.4 La Performance Individuale.....	70
3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2021 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento .....	72
3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2023– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali.....	73
3.5 Risultati 2021 su Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione.....	81
3.5.1 Trasparenza .....	81
3.5.2 Prevenzione della Corruzione.....	83
<b>4. Risorse, efficienza ed economicità .....</b>	<b>89</b>
4.1 Le risorse finanziarie.....	89
<b>5. Pari opportunità.....</b>	<b>95</b>
<b>6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance.....</b>	<b>97</b>
<b>7. Allegati .....</b>	<b>100</b>



## 1. Introduzione e presentazione del documento

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASL CN1 (adottato con delibera n. 492 del 23/12/2014, aggiornato con delibere n. 443 del 19/12/2018, n. 517 del 13/12/2019, n. 651 del 15/12/2020, n. 759 del 21.12.2021, n. 426 del 16.12.2022 e n. 398 del 21/12/2023 consultabili 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 2023, sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) approvato con deliberazione n. 105 del 06/03/2023 e aggiornato con delibera n. 296 del 26/09/2023, 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 2.2.2 "Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi" del Piano della Performance 2023 – sezione all'interno del P.I.AO. 2023, 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. 141 del 19/04/2024 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2023 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 2023.

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

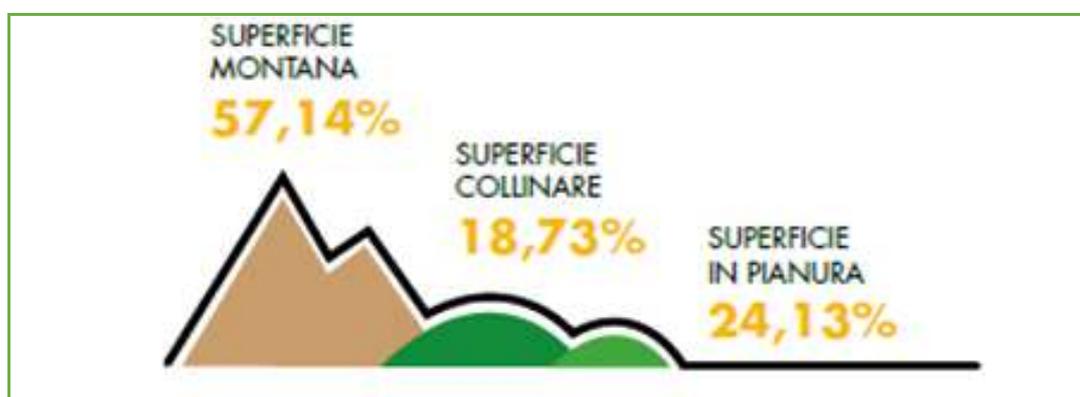
Il documento prosegue poi con la presentazione dei risultati raggiunti ed è corredato da schede sinottiche e grafici, che riassumono l'andamento degli obiettivi, riportando il sistema di misurazione utilizzato, nello specifico sia delle valutazioni della performance organizzativa sia dell'analisi della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

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

### 2.1 Il contesto esterno di riferimento

#### 2.1.1 Territorio e contesto demografico

L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km<sup>2</sup>; il territorio di riferimento ricomprende 173 Comuni. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%). Il numero di abitanti residenti al 31 dicembre 2023 è 414.066, con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (72 residenti per Km<sup>2</sup>).



La popolazione dell'ASL CN1 al 31/12/2023 è di 414.066 residenti di cui 206.431 maschi (49,9%) e 207.635 femmine (50,1%) con la seguente suddivisione per ambito distrettuale di residenza, fasce di età e sesso.

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
<b>Distretto SUD-OVEST</b>					
FEMMINE	9.979	20.741	28.984	21.844	81.548
MASCHI	10612	22.707	22.707	18.178	80.537
<b>TOT.</b>	<b>20.591</b>	<b>43.448</b>	<b>43.448</b>	<b>40.022</b>	<b>162.085</b>
<b>Distretto SUD-EST</b>					
FEMMINE	4.841	9.887	14.807	12.453	41.988
MASCHI	5.028	11.340	15.130	10.496	41.994
<b>TOT.</b>	<b>9.869</b>	<b>21.227</b>	<b>29.937</b>	<b>22.949</b>	<b>83.982</b>
<b>Distretto NORD-OVEST</b>					
FEMMINE	4.659	9.766	14.196	10.923	39.544
MASCHI	4.928	10.892	14.679	9.202	39.701
<b>TOT.</b>	<b>9.587</b>	<b>20.658</b>	<b>28.875</b>	<b>20.125</b>	<b>79.245</b>
<b>Distretto NORD-EST</b>					
FEMMINE	5.736	11.335	15.738	11.746	44.555
MASCHI	6.170	12.640	15.827	9.562	44.199
<b>TOT.</b>	<b>11.906</b>	<b>23.975</b>	<b>31.565</b>	<b>21.308</b>	<b>88.754</b>

<b>TOT.GEN.</b>					
FEMMINE	25.215	51.729	73.725	56.966	207.635
MASCHI	26.738	57.579	74.676	47.438	206.431
<b>TOT.</b>	<b>51.953</b>	<b>109.308</b>	<b>148.401</b>	<b>104.404</b>	<b>414.066</b>

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

## L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

ANNO	TOTALE ASL CN1	DETTAGLIO DISTRETTI ASL CN1				PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
		Nord Est	Nord Ovest	Sud Est	Sud Ovest			
<b>31/12/2021</b>	410.892	88.180	78.963	83.298	160.451	580.155	4.256.350	59.030.133
<b>31/12/2022</b>	411.587	88.340	78.840	83.461	160.946	580.736	4.251.351	58.997.201
<b>31/12/2023</b>	414.066	88754	79.245	83.982	162.085	582.194	4.252.581	58.990.000*

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

\*dato provvisorio

## 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 5.308.000 residenti stranieri registrati in Italia al 01/01/2024, 433.406 si trovano in Piemonte (8,16%), 62.780 in Provincia di Cuneo (1,18%), mentre 43.742 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,82%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
<b>31/12/2021</b>	42.033	61.521	411.095	5.030.716
<b>31/12/2022</b>	42.975	62.569	414.239	5.141.341
<b>31/12/2023</b>	43.742	62.780	433.406	5.308.000

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 11-7385 del 03/08/2023 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 2023 e che sono stati recepiti con un peso importante

negli obiettivi 2023 (nelle schede il peso riportato è pari 100% della quota di incentivazione prevista per il periodo 1° gennaio-31 dicembre 2023).

Gli obiettivi assegnati per l'anno 2023, 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) Atteso il sostanziale raggiungimento del pareggio di bilancio da assicurare ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (in attuazione anche dei principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella Legge n. 204/2012)
Area	Obiettivo
1. Gestione della spesa	1.1 Efficientamento
	1.2 Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva
	1.3 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici
	1.4 Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della Farmaceutica
2. Edilizia Sanitaria	2.1 Progetti di edilizia sanitaria
3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	3.1 M6C1 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale
	3.2 M6C1 - Assistenza Domiciliare
	3.3 M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
	3.4 M6C2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - FSE 2.0
4. Accessibilità	4.1 Tempi di attesa. Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP
	4.2 Area Osteomuscolare
	4.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi
	4.4 Appropriatezza nell'assistenza al parto
	4.5 Donazioni d'organo
5. Prevenzione	5.1 Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)
	5.2 PanFlu
	5.3 Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

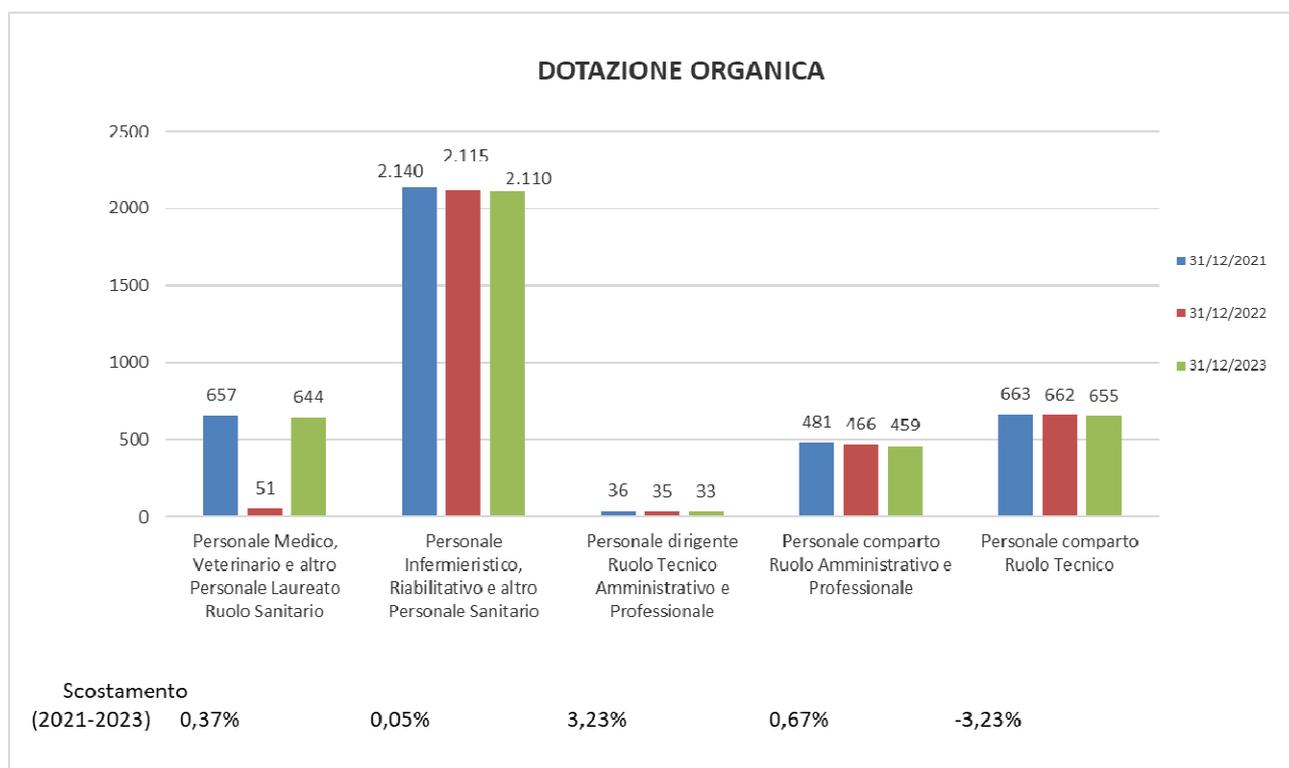
Nel provvedimento regionale, al fine di garantire una programmazione uniforme sul territorio regionale, viene sottolineata la necessità che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee 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, sezione del P.I.A.O. anno 2023.

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

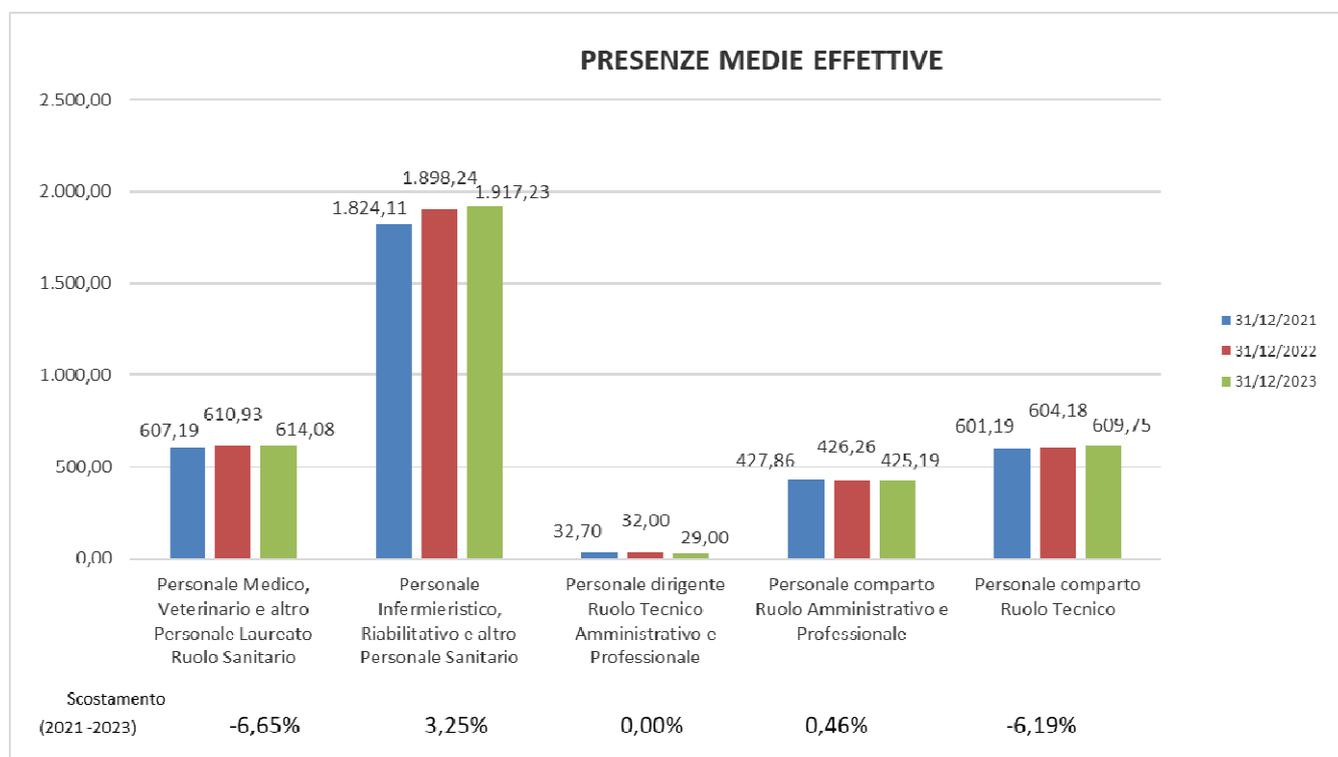
### 2.2.1 Il personale

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	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	657	651	644
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	2140	2115	2110
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	36	35	33
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	481	466	459
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	663	662	655
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>3.977</b>	<b>3.929</b>	<b>3.901</b>



PRESENZE MEDIE EFFETTIVE	31/12/2021	31/12/2022	31/12/2023
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	607,19	610,93	614,08
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	1824,11	1898,24	1.917,23
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	32,7	32	29
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	427,86	426,26	425,19
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	601,19	604,18	609,75
<b>TOTALE</b>	<b>3.493,19</b>	<b>3.571,49</b>	<b>3.595,25</b>



### La formazione del personale dipendente

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

Nell'ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l'Azienda ha definito il Piano della Formazione per gli anni 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023, approvati dal Direttore Generale con Deliberazione n. 63 del 20/02/2018 e deliberazione n. 57 del 15/02/2019, Deliberazione n. 121 del 28/02/2020, Deliberazione n. 181 del 16/03/2021, Deliberazione n. 69 del

28/02/2022 e deliberazione n. 61 del 08/02/2023.

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 2023, a fronte di 302 corsi programmati, ne sono stati erogati 269 di cui 179 residenziali, 38 formazioni sul campo, 30 corsi FAD, 1 blended e 21 corsi non accreditati per un totale di 700 edizioni e n. 24.296 partecipazioni; sono stati rilasciati n° 13.591 attestati con Crediti ECM e n° 3.096 attestati di partecipazione non ECM per un totale di n° 16.687

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>N° corsi</b>	214	259	244	255	260	232	237	248	194	204	269
<b>N° edizioni</b>	518	633	725	619	792	771	685	381	482	484	700
<b>N° partecipanti effettivi</b>	12.454	16.934	12.495	12.229	15.568	13.281	18.330	18.325	17.588	16.333	24.296

Raggruppando i corsi sulla base degli ambiti e obiettivi indicati nella Delibera di programmazione n. 61/2023 è possibile sintetizzare i dati come indicato nella tabella seguente:

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		Corsi previsti	Corsi svolti
<b>A</b> COMUNICAZIONE E RELAZIONE	7	La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato	6	area giuridico - normativa	2	2
	12	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	1	area comunicazione e relazione	13	11
	16	Etica, bioetica e deontologia	10	area etica e deontologica	1	4
<b>B</b> SVILUPPO ORGANIZZATIVO E QUALITA'	1	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	9	area metodologica	6	2
	3	Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura	8	area qualità e risk management	4	5
	11	Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	7	area gestionale e manageriale	9	5
	14	Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizioni di nozioni di processo.	8	area qualità e risk management	3	5
<b>C</b> RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	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	4	5
			17	area informatica e lingue straniere	15	8
<b>D</b> PREVENZIONE CURE PRIMARIE	6	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	8	area qualità e risk management	8	10
	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	34	41
<b>D</b> PREVENZIONE CURE PRIMARIE	9	Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera	2	area cure primarie e cure domiciliari	2	4
	10	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	19	area prevenzione e promozione della salute	9	12

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		Corsi previsti	Corsi svolti
<b>E SALUTE MENTALE</b>	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	14	16
	22	Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcol e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali.	2	area cure primarie e cure domiciliari	8	5
			3	area salute mentale	13	14
			4	area materno infantile e dell'adolescenza	4	9
			5	area delle dipendenze	4	4
29	area salute e medicina di genere	3	3			
23	Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	7	6	
24	Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	7	5	
<b>E EMERGENZA URGENZA</b>	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	47	36
<b>F MEDICO, CHIRURGICO E RIABILITATIVO</b>	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	4	area materno infantile e dell'adolescenza	17	10
			11	area specialità chirurgiche	15	6
			12	area specialità mediche	21	21
			15	area diagnostica	5	3
	28	area riabilitazione	21	10		
21	Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione	2	area cure primarie e cure domiciliari	4	4	
25	Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza	16	area farmaceutica e tossicologica	2	2	
<b>TOTALE</b>					<b>302</b>	<b>268</b>

Per quanto attiene la formazione fuori sede, nel corso dell'anno 2023 sono state autorizzate 4.022 partecipazioni alle attività formative fuori sede come estrapolato dal Portale Ecm della Regione Piemonte garantendo 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	585	206	55	597	597	95	205	2424	4578	7,8
DIRIGENZA SPTA	99	23	16	138	138	15	17	143	452	4,6
COMPARTO SANITARIO	2115	857	313	3507	3507	250	1176	16959	24359	11,5
COMPARTO NON SANITARIO	1119	11	7	0	0	5	1	0	0	0,0
<b>TOTALE</b>	<b>3333</b>	<b>891</b>	<b>336</b>	<b>3645</b>	<b>3645</b>	<b>270</b>	<b>1194</b>	<b>17102</b>	<b>24811</b>	<b>7,4</b>
CONVENZIONATO	690	93	48	415	415	21	51	745	1381	2,0
<b>TOTALE</b>	<b>690</b>	<b>93</b>	<b>48</b>	<b>415</b>	<b>415</b>	<b>21</b>	<b>51</b>	<b>745</b>	<b>1381</b>	<b>2,0</b>

## 2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti

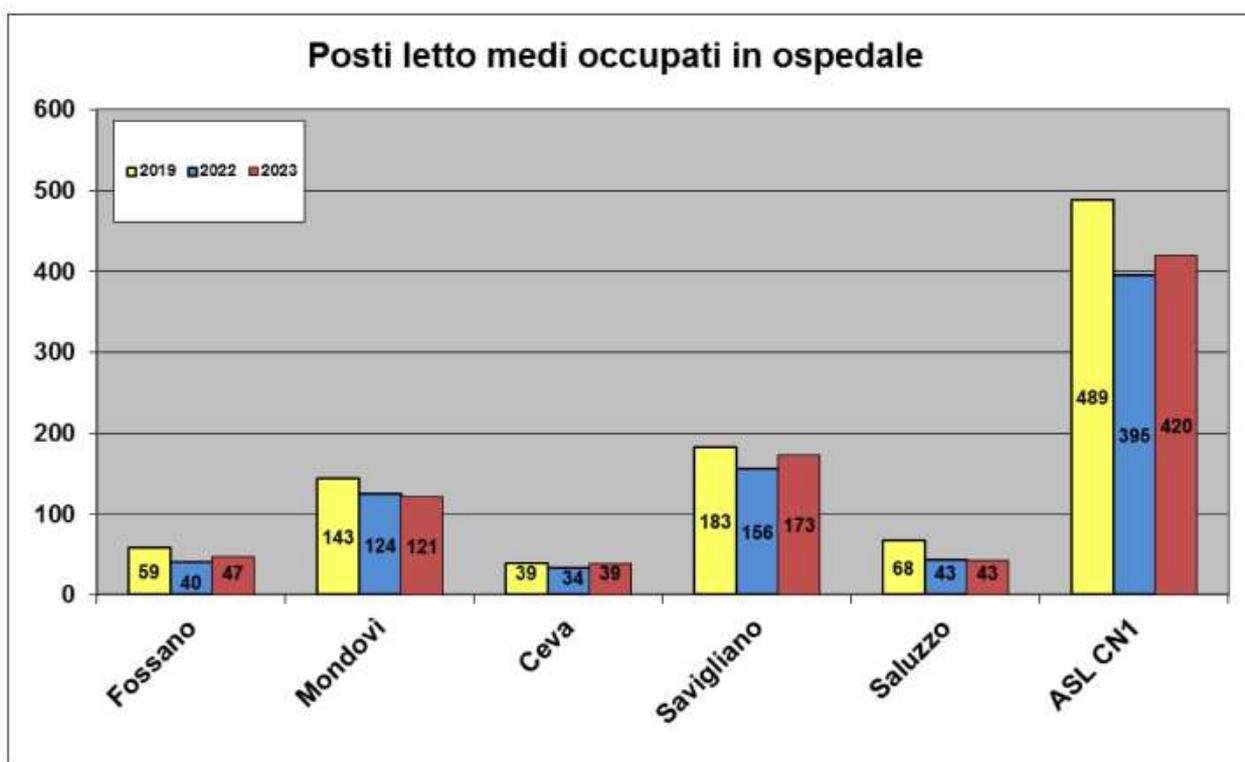
### Il Presidio Ospedaliero

#### PREMESSA

Nei paragrafi seguenti sono riportati i grafici e le tabelle relativi all'andamento dell'attività sanitaria dell'ASL CN1, al fabbisogno espresso dai suoi residenti e alle componenti di mobilità attiva e passiva. L'anno di competenza analizzato nella presente relazione (2023) è stato messo a confronto con il precedente e con il 2019 in quanto periodo di riferimento pre-COVID. Come di consueto, i risultati sono stati rappresentati in forma di confronto, ma è indispensabile fornire alcune informazioni preliminari per consentire una corretta lettura dei dati riportati. Il personale medico e il numero di ore di specialisti ambulatoriali è ancora significativamente inferiore rispetto al 2019; tuttavia si sono attuate tutte le azioni possibili nel tentativo di tornare ai livelli di produzione 2019, almeno per le prestazioni e i ricoveri monitorati dal PNGLA. In particolare, nel corso del 2023, è stata posta particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni ambulatoriali, all'efficientamento dei percorsi chirurgici e alla saturazione di tutti quegli eventuali spazi di produttività non ancora saturati.

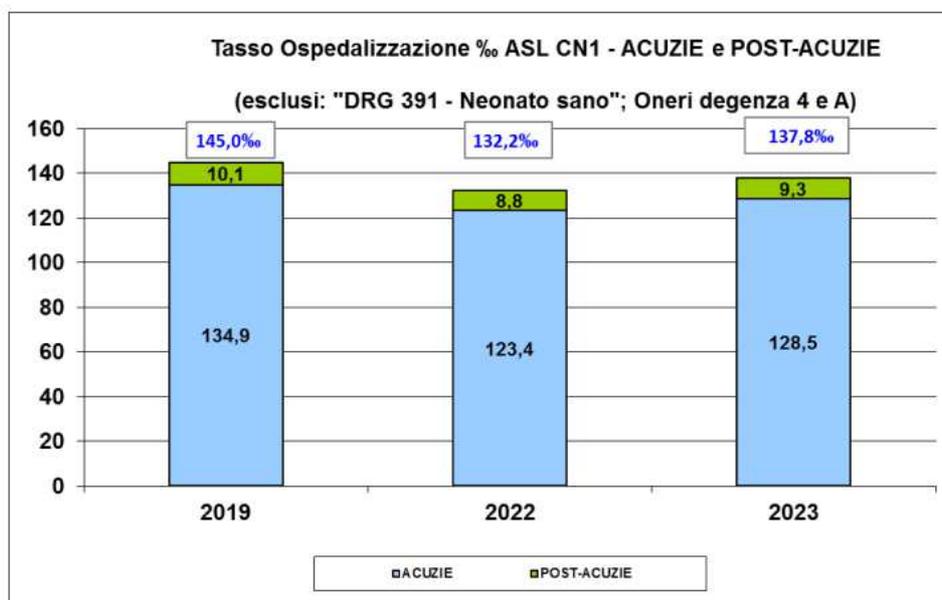
#### Posti letto occupati

Nel grafico sottostante è riportato il numero medio giornaliero di posti letto di Ricovero Ordinario e DH occupati:

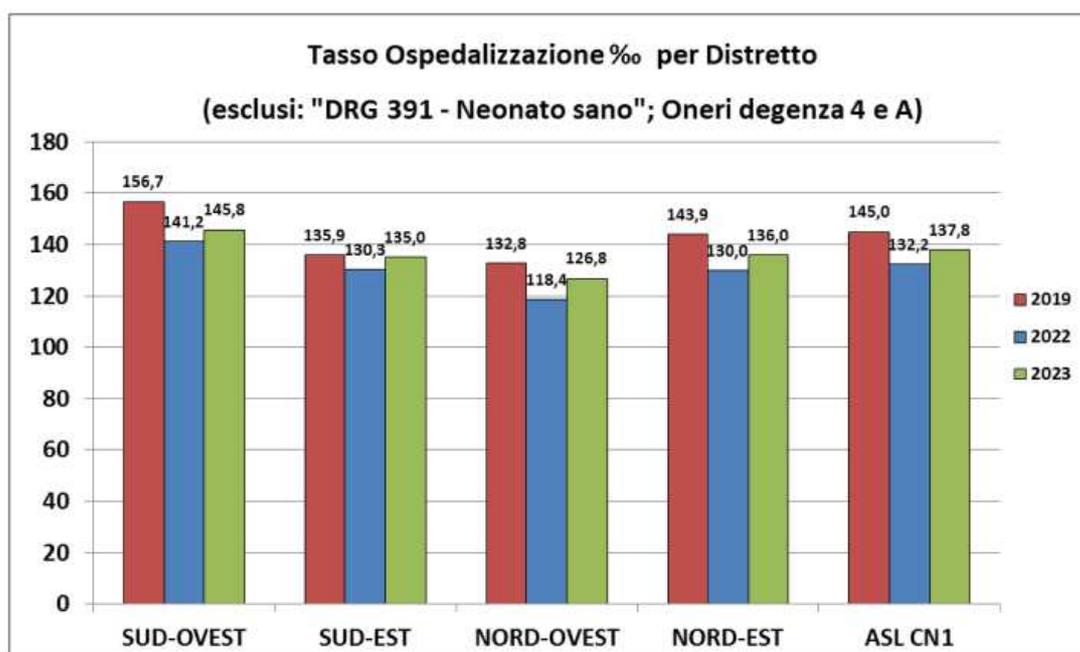


## Tasso di Ospedalizzazione

Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione nel 2023 è relativo al 2022, in quanto ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per macro-area di ricovero e nel secondo per Distretto.

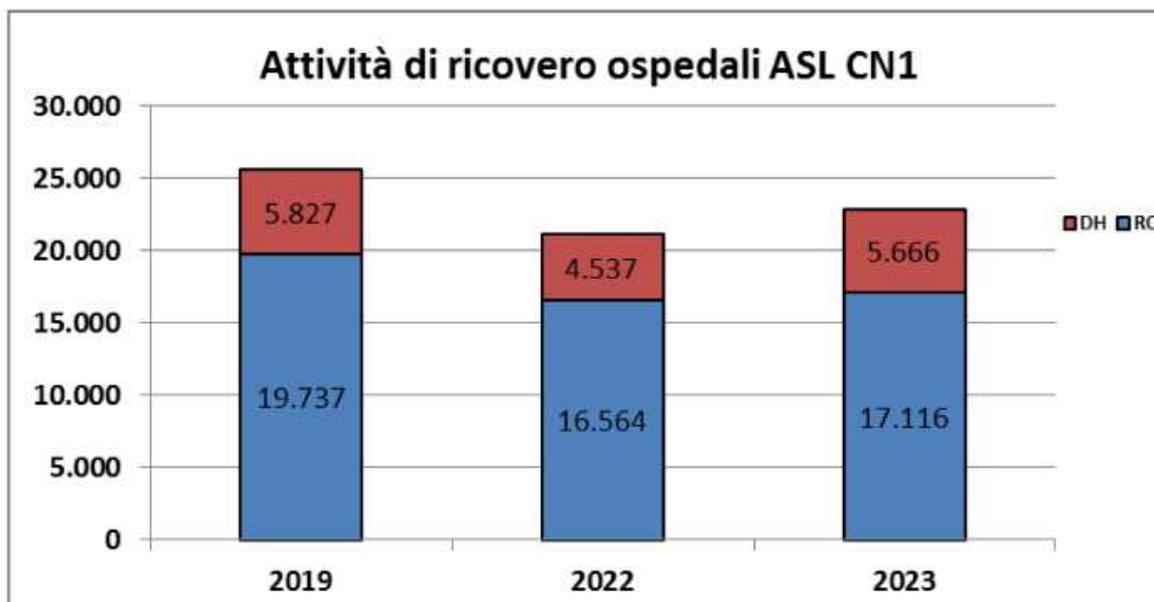


Nel 2023, si è registrato un moderato rialzo del tasso di ospedalizzazione rispetto al 2022, anche se il valore è ancora inferiore al 2019. Si segnala, come già in passato, una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale con il tasso più elevato nel Sud-Ovest (nel cui territorio è presente l'AO S. Croce e Carlo di Cuneo) 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, 2022 e 2023.



### Produzione ricoveri 2019-2022-2023 (CASI)

Ospedali	2019			2022			2023			2023 vs. 2022	
	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	N°	%
Area NORD	12.037	3.618	15.655	9.372	2.328	11.700	9.722	3.193	12.915	1.215	10,4%
Area SUD	7.700	2.209	9.909	7.192	2.209	9.401	7.394	2.473	9.867	466	5,0%
TOT ASL CN1	19.737	5.827	25.564	16.564	4.537	21.101	17.116	5.666	22.782	1.681	8,0%

### Produzione ricoveri 2019-2022-2023 (VALORE)

Ospedali	2019			2022			2023			2023 vs. 2022	
	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	N°	%
Area NORD	43.339.021	4.562.828	47.901.849	36.696.311	2.985.535	39.681.846	37.390.639	4.007.907	41.398.546	1.716.700	4,3%
Area SUD	28.127.190	2.801.871	30.929.061	24.762.098	2.801.062	27.563.160	26.296.849	3.147.689	29.444.538	1.881.378	6,8%
TOT ASL CN1	71.466.211	7.364.699	78.830.909	61.458.409	5.786.597	67.245.006	63.687.488	7.155.596	70.843.084	3.598.078	5,4%

La produzione totale ASL CN1, seppur in incremento rispetto al 2022 sia in termini di casi che di valore, è ancora inferiore al 2019 soprattutto negli ospedali dell'Area NORD. In particolare, per il Presidio di Savigliano, la diminuzione complessiva delle nascite (circa 260 nati in meno rispetto al

2019) e una maggior fuga verso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e la ASL CN2 hanno determinato una significativa diminuzione di ricoveri prodotti dal reparto di Ostetricia (circa 480 parti in meno rispetto al 2019) e di conseguenza dal Nido. Nel Presidio di Saluzzo la produzione 2023 è stata parzialmente limitata dalla riorganizzazione degli spazi e delle attività per consentire l'isolamento dei pazienti COVID nei periodi di maggior afflusso.

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2022-2023 (CASI)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2022	2023	2023 vs. 2022	
					N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area SUD	586	430	453	23	5,3%
	P.O. Area NORD	2.566	1.532	1.588	56	3,7%
	<b>TOTALE</b>	<b>3.152</b>	<b>1.962</b>	<b>2.041</b>	<b>79</b>	<b>4,0%</b>
Mobilità passiva	ASO Cuneo	28.221	25.143	25.491	348	1,4%
	Altro	10.388	10.533	10.995	462	4,4%
	<b>TOTALE</b>	<b>38.609</b>	<b>35.676</b>	<b>36.486</b>	<b>810</b>	<b>2,3%</b>

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2022-2023 (VALORE)

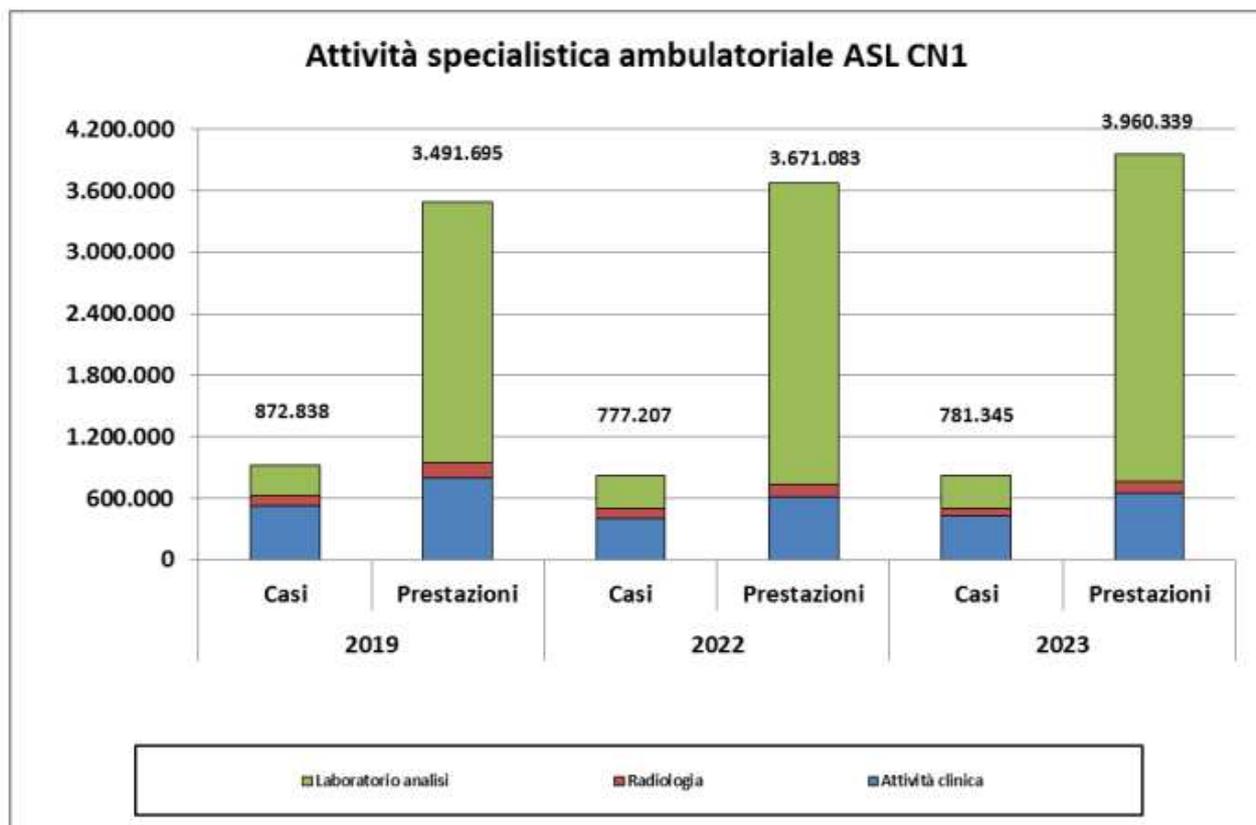
TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2022	2023	2023 vs. 2022	
					N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area SUD	1.983.625	1.275.685	1.370.135	94.450	7,4%
	P.O. Area NORD	7.522.231	5.212.237	5.141.856	-70.382	-1,4%
	<b>TOTALE</b>	<b>9.505.856</b>	<b>6.487.922</b>	<b>6.511.991</b>	<b>24.068</b>	<b>0,4%</b>
Mobilità passiva	ASO Cuneo	98.392.553	92.341.552	94.395.951	2.054.400	2,2%
	Altro	39.928.765	45.381.928	45.584.429	202.501	0,4%
	<b>TOTALE</b>	<b>138.321.318</b>	<b>137.723.479</b>	<b>139.980.380</b>	<b>2.256.901</b>	<b>1,6%</b>

Sia la mobilità attiva che quella passiva risultano aumentate rispetto al 2022 ma il numero dei ricoveri è ancora inferiore al 2019.

La produzione dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo a favore di residenti della ASL CN1 è sostanzialmente in linea con il 2022 in termini di casistica, ma è leggermente incrementato il valore medio dei DRG prodotti, anche per effetto di interventi a complessità maggiore.

È incrementata anche la mobilità passiva verso l'Ospedale di Verduno. Gli incrementi più significativi si registrano nelle discipline di Ostetricia, Cardiologia, Ortopedia e Urologia, Si è invece ridotta, rispetto al 2022, la mobilità passiva verso i privati e verso altre AO regionali.

Anche nel 2023, al fine di recuperare le liste di attesa, si sono definiti accordi con l'AO di Cuneo e con alcune strutture private accreditate utilizzando i fondi messi a disposizione dalla DGR 20-6920 del 22/05/2023.



L'attività complessiva erogata in regime ambulatoriale nell'anno 2023 è superiore rispetto a quella del 2022 e del 2019. L'incremento è legato essenzialmente alle prestazioni di laboratorio analisi che, per buona parte, sono eseguite nel centro HUB dell'AO S. Croce e Carle sulla base degli accordi definiti nell'ambito delle disposizioni normative regionali sulla rete dei laboratori.

L'attività clinica non ha ancora raggiunto i volumi del periodo pre-COVID. Tale difficoltà è dovuta soprattutto alla carenza di personale medico su alcune discipline particolarmente critiche (Radiologia, Ortopedia, Ginecologia, Neurologia, RRF, Oculistica, Dermatologia, Allergologia, Odontoiatria, Pneumologia). Vanno poi considerate come cause di questo mancato raggiungimento dello standard pre-COVID, anche il mutato utilizzo rispetto al 2019 della codifica di alcune prestazioni numericamente significative (EMG ed ECG) e l'utilizzo, dopo il 2019, di codici fuori nomenclatore tariffario per le prestazioni erogate dal consultorio come da indicazioni regionali.

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

Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2019-2022-2023

TIPO MOBILITA'	2019		2022		2023		2023 vs. 2022			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa		
Intra regionale	134.801	2.506.651	131.339	1.972.024	132.920	1.935.067	1.581	1,2%	-36.957	-1,9%
Extra regionale	87.179	1.328.491	63.225	868.898	66.607	938.251	3.382	5,3%	69.353	8,0%
<b>TOTALE</b>	<b>221.980</b>	<b>3.835.141</b>	<b>194.564</b>	<b>2.840.922</b>	<b>199.527</b>	<b>2.873.319</b>	<b>4.963</b>	<b>2,6%</b>	<b>32.397</b>	<b>1,1%</b>

Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2019-2022-2023

EROGATORE	2019		2022		2023		2023 vs. 2022			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa		
ASO Cuneo	1.573.706	32.792.244	1.590.142	38.452.632	1.754.237	40.916.695	164.095	10,3%	2.464.063	6,4%
Altro	311.465	7.713.110	322.162	8.544.059	350.931	9.922.564	28.769	8,9%	1.378.505	16,1%
<b>TOTALE</b>	<b>1.885.171</b>	<b>40.505.355</b>	<b>1.912.304</b>	<b>46.996.692</b>	<b>2.105.168</b>	<b>50.839.259</b>	<b>192.864</b>	<b>10,1%</b>	<b>3.842.568</b>	<b>8,2%</b>

Anche in questo caso la mobilità passiva risulta aumentata rispetto al 2022 così come la mobilità attiva (soprattutto quella a favore di utenti fuori regione). L'incremento della produzione dell'AO Santa Croce e Carle di Cuneo per residenti della ASL CN1 è ascrivibile principalmente alla disciplina Laboratorio Analisi, alla Chirurgia Ambulatoriale Complessa e agli Interventi Ambulatoriali di cui alla DGR 84/2008. L'incremento della produzione di altre aziende regionali riguarda soprattutto la Radioterapia Oncologica e in generali le prestazioni appartenenti alla branca Radiologica (RX tradizione, Risonanze Magnetiche, Tac ed Ecografie).

Di seguito, infine, si rappresenta l'attività del Pronto Soccorso totale e suddivisa per codice di priorità

Accessi Pronto Soccorso 2019-2022-2023 (Produzione ASL CN1)

CODICE COLORE	2019	2022	2023	2023 vs. 2022
Bianco	10.435	2.466	2.969	503
Verde	85.936	32.042	41.333	9.291
Azzurro	-	37.239	33.281	-3.958
Arancione	9.969	11.292	13.212	1.920
Rosso	781	1.051	1.277	226
<b>Totale</b>	<b>107.121</b>	<b>84.090</b>	<b>92.072</b>	<b>7.982</b>

Nel 2023 si è registrato un incremento del numero di accessi rispetto al 2022, evidente non solo per i codici verde-azzurro, ma anche per quelli a priorità elevata (arancione-rosso). La riduzione del numero di accessi ancora evidente nel 2023 rispetto a quelli del 2019 riguarda soprattutto le

casistiche di minore complessità (in particolare i codici bianchi).

Rispetto al 2019 è necessario evidenziare che 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; dal 2022 sono state riattivate le sedi di Ceva e Saluzzo, ma limitatamente alla fascia oraria diurna (8-12).

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		
	2021	2022	2023
SUD OVEST	55.665	56.595	52.627
SUD EST	21.391	20.018	19.895
NORD OVEST	16.790	16.248	16.926
NORD EST	35.839	34.998	32.926
	<b>129.685</b>	<b>127.859</b>	<b>122.374</b>

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2021	2022	2023
SUD OVEST	43.018	42.469	41.878
SUD EST	13.305	13.703	15.163
NORD OVEST	10.256	10.240	10.773
NORD EST	18.002	17.108	17.131
	<b>84.581</b>	<b>83.520</b>	<b>84.945</b>

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI			
DISTRETTO	GIORNATE DI DEGENZA		
	2021	2022	2023
SUD OVEST	180.604	169.692	156.144
SUD EST	95.247	86.831	81.718
NORD OVEST	106.918	103.505	107.376
NORD EST	99.040	90.915	96.641
	<b>481.809</b>	<b>450.943</b>	<b>441.879</b>

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2021	2022	2023
SUD OVEST	322	1488	1.632
SUD EST	60	0	0
NORD OVEST	156	1061	1.882
NORD EST	0	279	1.239
	<b>538</b>	<b>2.828</b>	<b>4.753</b>

ATTIVITA' ALTA VALENZA SANITARIA			
CAVS	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2021	2022	2023
MONTESERRAT (Borgo e Caraglio)	14.050	12.180	13.652
Robilante			
Ospedali di Ceva, Mondovì e Saluzzo			
	<b>14.050</b>	<b>12.180</b>	<b>13.652</b>

OSPEDALE DI COMUNITA' DI DEMONTE (n. giornate di degenza)			
Distretto	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2021	2022	2023
SUD OVEST	3.000	3.328	3.003

ALTRE ATTIVITA' A FAVORE DI DISABILI/ANZIANI (n. giornate Nucleo stato vegetativo (NSV) e Nucleo di alta complessità neurologica (NAC))			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2021	2022	2023
SUD OVEST	422	700	513
SUD EST	829	738	930
NORD OVEST	365	504	970
NORD EST	734	813	688
	<b>2.350</b>	<b>2.755</b>	<b>3.101</b>

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

Concorrono alla presa in carico del paziente:

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

Si forniscono al riguardo i seguenti dati di attività:

TIPO CURA	2021		2022		2023	
	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
SRD-RRF	216	182	196	182	187	113
ADI+UOCP	195	193	209	191	186	165
ADP	949	861	770	710	1.393	694
ADI	2.134	982	2.569	627	566	391
SID	5.102	4.784	4.929	4.569	4.693	2.405
SRD-NPI		1				
<b>TOTALE</b>	<b>8.596</b>	<b>7.003</b>	<b>8.673</b>	<b>6.279</b>	<b>7.025</b>	<b>3.768</b>

		2021		2022		2023	
		I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
ADI	Fisioterapista	373	238	244	202	226	242
	Infermiere	16.465	16.950	14.101	13.377	12.590	11.914
ADP	Fisioterapista	62	62	74	72	104	47
	Infermiere	3.033	3.359	2.947	2.854	2.387	2.868
SID	Fisioterapista	891	512	654	398	469	539
	Infermiere	52.913	53.936	51.810	52.535	2.387	45.895
ADI+UOCP	Fisioterapista	1	48	8	8	25	2
	Inf. UOCP	1.565	1.525	1.812	1.826	1.545	1.364
	Infermiere	1.144	766	356	107	204	334
SRD-RRF	Fisioterapista	1.443	1.016	1.075	898	997	859
	Infermiere	190	271	191	224	323	513

### Dati di attività relativi alle cure domiciliari Utenti >=65 aa. in carico 2020-2023

	Mono-professionale							Multi-professionale							Totale			
	2020	I sem 2021	II sem 2021	I sem 2022	II sem 2022	I sem 2023	II sem 2023	2020	I sem 2021	II sem 2021	I sem 2022	II sem 2022	I sem 2023	II sem 2023	2020	2021	2022	2023
SUD OVEST	431	530	229	1011	178	735	254	3.244	2215	2162	2232	1.909	1.487	646	3.675	5.136	5.634	5.330
SUD EST	430	148	203	361	163	389	135	2.535	1980	1460	1463	1.303	887	394	2.965	3.791	3.487	3.290
NORD OVEST	460	273	179	459	104	228	90	2.184	1437	1370	1422	1.306	1.082	456	2.644	3.259	3.430	3.291
NORD EST	848	593	154	411	127	493	136	2.075	1385	1233	1283	1.130	752	420	2.923	3.365	3.081	2.951
Totale ASL CN1	2.169	1.544	765	2.242	572	1.845	615	10.038	7.017	6.225	6.400	5.648	4.208	1.916	12.207	15.551	15.632	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 2021	Anno 2022	Anno 2023
Utenti in carico	5.418	5905	<b>6.215</b>
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	36.820	38.120	<b>69.607 (41.602 DSM + 28.005 SERD)</b>
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	32.665	31.799	<b>29.458</b>
Borse lavoro (n. utenti)	169	150	<b>149</b>
Assegni terapeutici (n. utenti)	206	175	<b>174</b>

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

Gli SPDC del D.S.M.	N. posti letto	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	540	581	<b>536</b>
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	295	333	<b>306</b>
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	313	330	<b>288</b>
<b>Totale</b>	<b>48 pl</b>	<b>1.148</b>	<b>1.244</b>	<b>1130</b>

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce inoltre direttamente:

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

Totale 109 posti letto di residenzialità a Gestione Diretta.

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

## I dati della Psicopatologia dello Sviluppo

Pazienti seguiti dagli psicologi della SSD Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo e dalla SS Neuropsicologia ASL CN1 (anni 2019-2020-2021-2022-2023)

FASCIA D'ETÀ	N. PAZIENTI ANNO 2019	N. PAZIENTI ANNO 2020	N. PAZIENTI ANNO 2021	N. PAZIENTI ANNO 2022	N. PAZIENTI ANNO 2023
0-14	300	313	436	462	474
15-25	317	208	310	364	312
>25	926	561	929	1006	1171
ALTRI PAZIENTI/CITTADINI SEGUITI PER PROBLEMATICHE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19		185	294	*	*
OPERATORI SANITARI SEGUITI PER PROBLEMATICHE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19		79	171	**	**
<b>TOTALI</b>	<b>1.543</b>	<b>1.082</b>	<b>1.675</b>	<b>1832</b>	<b>1957</b>

\*i pazienti con problematiche legate all'emergenza covid-19 sono stati seguiti nell'ambito degli ambulatori minori e adulti

\*\* le attività di supporto degli operatori sono state effettuate con interventi psicologici di gruppo, per i reparti/servizi che ne hanno fatto richiesta oppure, individualmente, all'interno degli ambulatori di psicologia adulti

## Progetti finalizzati attivati dalla SSD Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo nel 2023

NOME PROGETTO	OGGETTO/DESTINATARI	PARTNER	RUOLO DELLA SSD PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO ASL CN1	FINANZIAMENTI
Progetto Over 16 Piemonte. Progetto di vita individuale nell'autismo: verso il miglioramento della qualità della vita nel giovane/adulto (concluso dicembre 2023)	Messa a punto e implementazione di progetti di vita per persone con disturbi dello spettro autistico	Tutte le ASL del Piemonte  NPI ASL CN1 SC PSICHIATRIA ASL CN1	Responsabile scientifico del progetto regionale  ASL CN1 Ente attuatore	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' CON FONDI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

<p>Progetto I.R.E.NE. 2 - Individuazione precoce di bambini a Rischio Evolutivo per disturbi del Neurosviluppo</p> <p>Il progetto si è concluso, le attività di individuazione precoce tuttavia proseguono, così come il ruolo (Centro Pivot per il Piemonte) del Centro Autismo e Sindrome di Asperger proseguono con i fondi regionali e secondo le indicazioni del Protocollo NIDA dell'Istituto Superiore di Sanità</p>	<p>Consolidamento rete regionale di individuazione precoce di anomalie comportamentali, comunicative e della relazione in bambini ad alto rischio (pretermine e fratelli di bambini con autismo)</p>	<p>AOU Città della Salute Torino AOU Novara Azienda Ospedaliera Alessandria Azienda Ospedaliera Cuneo ASL Città di Torino ASL TO3 ASL VCO</p>	<p>Centro Pivot regionale Responsabile scientifico del progetto regionale</p> <p>ASL CN1 Ente attuatore</p>	<p>ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' CON FONDI DEL MINISTERO DELLA SALUTE</p>
<p>Progetto DGR 5-2352 del 27.11.2020.  (concluso dicembre 2023)</p>	<p>Interventi di assistenza psicologica continuativa in favore della popolazione minorile a fronte di problematiche collegate e/o riferibili all'emergenza sanitaria da Covid 19</p>	<p>SC PSICOLOGIA ASL CN2 SC NPI UMVD</p> <p>ENTI GESTORI SOCIO ASSISTENZIALI DEL TERRITORIO CN1</p>	<p>Servizio di coordinamento clinico e organizzativo per l'ASL CN1</p>	<p>REGIONE PIEMONTE</p>
<p>Progetto DGR 9-3124 del 23/04/2021  (concluso dicembre 2023)</p>	<p>Potenziamento del supporto psicologico a favore delle istituzioni scolastiche in relazione all'Emergenza COVID-19</p>	<p>SC PSICOLOGIA ASL CN2 SC NPI UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE SCUOLE DEL TERRITORIO ASL</p>	<p>Servizio di coordinamento clinico e organizzativo per l'ASL CN1</p>	<p>REGIONE PIEMONTE</p>

Progetto Protezione Famiglie Fragili Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta	Attività di supporto psicologico e psicosociale di famiglie con pazienti oncologici	Tutte le ASR del Piemonte  Enti gestori Socio Assistenziali Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT)	Attività di supporto psicologico e psicosociale	Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta
Progetto Umanizzazione degli spazi e supporto psicologico" (concluso ottobre 2023)	Attività di supporto psicologico e psicosociale di famiglie con pazienti oncologici	SSD Psicologia e psicopatologia dello sviluppo  SC Oncologia	Attività di supporto psicologico e psicosociale	Finanziato nell'ambito del bando FONDAZIONE CRC – "curare in relazione"

### 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 2021	Anno 2022	Anno 2023	Note
Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti	<b>1.562</b>	<b>1.599</b>	<b>1.708</b>	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti + GAP in carcere	<b>112</b>	<b>139</b>	<b>166</b>	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERD in carcere
<b>Totale</b>	<b>1.674</b>	<b>1.738</b>	<b>1.874</b>	

Prestazioni ambulatoriali	Sanitarie (visite mediche)	Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)	Totali
Anno 2023	Globali visite mediche: <b>11.210</b>	Prestazioni psicologiche: <b>5.181</b> Prestazioni del Comparto: <b>11.614</b>	<b>28.005</b>
Anno 2022	Globali visite mediche: <b>13.282</b>	Prestazioni psicologiche: <b>4.645</b> Prestazioni del Comparto: <b>10.685</b>	<b>28.612</b>
Anno 2021	Globali visite mediche: <b>12.172</b>	Prestazioni psicologiche: <b>4.305</b> Prestazioni del Comparto: <b>10.306</b>	<b>26.776</b>

N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta	Strutture accreditate per le dipendenze	Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)
Anno 2021	<b>16.703</b>	<b>3.008</b>
Anno 2022	<b>14.981</b>	<b>4.091</b>
Anno 2023	<b>9.374</b>	<b>3.636</b>

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

### PROGETTI SERD ANNO 2023 (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 a CUNEO 19 docenti	Tutto il territorio dell'ASL CN1
"INSIDE OUT" RETE REGIONALE SAFE NIGHT	Adolescenti e giovani adulti	Informativo, preventivo durante eventi/manifestazioni	4 serate in totale: 1 a Saluzzo, 1 a Savigliano e 2 a Mondovì	Tutto il territorio dell'ASL CN1
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, interventi nelle Scuole di I e II grado	Attività diversificate	4 sedi in ASL: Cuneo, Mondovì, Saluzzo e Savigliano
"CERCA IL TUO FREE STYLE"	Studenti terza superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	Progetto svolto in presenza 2 classi, 35 studenti	Sedi di Savigliano–Fossano
"#DACHEDIPENDE"	Studenti prima superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, life skills	Progetto svolto in presenza 10 classi 201 studenti	Sede di Mondovì
"SPAZIO PORTO"	Adolescenti a rischio di devianza	Collaborazione con CSSM, Educativa Territoriale e Comune Interventi di aggancio precoce e valutazione	1 incontro formativo con operatori 1 serata di attività con 12 ragazzi	Sede di Mondovì  Comune di San Michele M.vi

"INFORMA-TI"	Operatori del Privato Sociale e rappresentanti della "comunità educante"	Confronti, consulenze e formazione sulle tematiche dell'Addiction	* 1 incontro formativo online, progetto Safe&Drive 21 operatori * 1 consulenza con 3 insegnanti Scuole Superiori Mondovì * 2 incontri formativi con Educatori di strada Comune di Cuneo * 2 incontri con Scuole di Savigliano su tematica Cyberbullismo	Tutto il territorio dell'ASL CN1
PREVENZIONE DIFFUSA "LE STANZE NEW EDICTION"	Docenti Scuole di I grado	Workshop su tematiche adolescenza, stili di vita, percezione del rischio.	60 insegnanti	Sede di Saluzzo
Incontri con i Centri di Aggregazione in collaborazione con coop, parrocchie e quartieri della Città	Adolescenti e genitori	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	1 serata con 52 adolescenti	Sede di Cuneo
"DIPENDE DA ME?"	Studenti Scuole Medie	Promozione del benessere/prevenzione dipendenze		Sede di Cuneo
INTERVENTI IN CLASSE	Studenti III e IV superiore	Informazioni circa sostanze legali ed illegali		Sede di Cuneo

### PROGETTI A CUI IL SERD COLLABORA

Nome del progetto	Ente gestore	Attività del progetto	Tipo di progetto/ fondi	Modalità di collaborazione
DIARI DELLA SALUTE	Asl Servizio Prevenzione	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education	Fondi strutturali ASL	Partner
PUNTA SU DI TE 2.0 E GAP TOUR	CIS in collaborazione con ASL CN1 e ASL CN2	Attività di informazione - prevenzione sul Gioco d'azzardo patologico	Progetto rifinanziato dalla CRC.	Partner
"C.A.P.S." Centro Regionale Prevenzione e Promozione alla Salute	Regione Piemonte	Percorsi educativi esperienziali, relazionali e didattiche sulle tematiche dell'addiction	Regione Piemonte	Partner
"SAFE AND DRIVE"	Comune di Cuneo e Comuni della Provincia Granda	Interventi di outreach informativi su incidentalità stradale, consumo di alcol e sostanze stupefacenti	Progetto finanziato su fondi DPA (Dipartimento Politiche Antidroga)	Partner

“PREVENZIONE DIFFUSA” Cantiere Adolescenti	Comune di Saluzzo e Comuni limitrofi	COMUNITA’- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani	Fondi strutturali ASL	Partner
GIOVANI IN CONTATTO “MONREGAL YOU” Cantiere Adolescenti	Comune di Mondovì e Comuni limitrofi	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
TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANILI SAVIGLIANO/FOSSANO	Comune di Savigliano	COMUNITA’- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani e adolescenti	-	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 e adolescenti	-	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 e adolescenti	-	Partner

**AREA A - Sanità Animale**  
**Dati di attività 2021 – 2022 – 2023**

<b>PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI</b>	<b>Anno 2021</b>	<b>Anno 2022</b>	<b>Anno 2023</b>
BOVINI	395.491	320.366	317.394
SUINI	78.600	71.223	75.524
AVICOLI	857.362	949.953	884.343
EQUINI	1.023	769	822
OVI-CAPRINI	9.354	9.448	8.129
SELVATICI	702	668	382
SELVAGGINA	0	0	0
ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI	4.192	3.761	3.142

**AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale**  
**Dati di attività 2021 – 2022 – 2023**

<b>ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI</b>	<b>Anno 2021</b>	<b>Anno 2022</b>	<b>Anno 2023</b>
BOVINI	264.053	251.629	260.083
SUINI	261.894	234.323	230.208
OVICAPRINI	28.059	28.405	27.005
AVICUNICOLI	10.326.622	8.684.330	11.328.844
EQUINI	46	31	14
CINGHIALI	246	169	268

**AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche**  
**Dati di attività 2021 – 2022 – 2023**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Anno 2021</b>	<b>Anno 2022</b>	<b>Anno 2023</b>
Ispezioni (presso stabilimenti ed allevamenti)	2.459	2.307	2.410
Audit (presso attività produttive, presso allevamenti/stabilimenti)	44	68	34
Campionamento (numero campioni in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte)	1.244	972	1.272
Atti Amministrativi (certificati per export di merci, vidimazione registri, istruttorie riconoscimenti/registrazioni, diritti veterinari emessi)	5.108	5.963	6.007
Pareri (pratiche ambientali/pratiche sportello)	10	189*	268*

\*totale pareri a cui hanno contribuito i tre Servizi Veterinari

**SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione**  
**Dati di attività 2021- 2022 – 2023**

ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
<b>Ispezioni</b> (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	1.273	1.325	1.245
<b>Audit</b> (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	8	9	9
<b>Campionamento</b> (alimenti - acque minerali - acque potabili)	2.126	1.844	1.635
<b>Atti Amministrativi</b> (certificati esportazione, notifiche temporanee, nr. istruttorie riconoscimenti/registrazioni)	2.943	3.084	3.235
<b>Promozione salute</b> (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione):			
ore dedicate	37	95	70,5
nr. soggetti raggiunti	390	1.488	1.768
<b>Nutrizione</b> (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale)			
nr. soggetti raggiunti	0	0	1.344
pareri, sopralluoghi, riunioni	972	1199	310
ore dedicate	16	9	26
<b>Altre Autorizzazioni</b> (pareri pratiche ambientali e da SUAP)	70	193	201

**SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro**  
**Dati di attività 2021 – 2022 – 2023**

ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo	906	1.297	1.846
Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08)	5.443	8.150	7.810
Infortuni registrati	321	699	1.048
Inchieste infortuni concluse	44	27	52
Malattie professionali pervenute	73	88	122
Malattie professionali indagate	72	85	115
Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente	15	8	24
Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08	621	500	689

**SISP – Igiene e Sanità Pubblica**  
**Dati di attività 2021 – 2022 – 2023**

ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Nr. controlli malattie infettive	49.749	46.918	36.748*
Nr. persone a cui è stato fornito counselling per medicina viaggi	532	737	836

Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate			
Nr. vaccinazioni gestite	53.064	63.721	77.308
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	49.755	57.631	76.016
Vaccinazioni COVID			
Nr. Vaccinazioni gestite COVID**	0	200.000	13.292
Nr. vaccinazioni A/influenzale		Gestite 70.000	Gestite 70.000
		Effettuate n.71	Effettuate n. 44

\* Il totale dell'anno è di 36.748 di cui 35.532 Coronavirus e n. 1.216 altri controlli malattie infettive. L'Attività comprende il Controllo della positività per il Covid, l'inserimento della guarigione su portale Covid della Regione Piemonte, i rapporti con RSA per la gestione dei contatti, con Ospedali, cittadini, ecc...

\*\* Riguarda le attività di prenotazione, redazione dei cronoprogrammi vaccinali, popolamento delle sedute, rapporti con il CSI per la gestione di SIRVA, partecipazione alle sedute di personale medico e infermieristico SISP ecc.....

### Medicina Legale Dati di attività 2021 – 2022 – 2023

ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Patenti e Certificazioni	8.158	8.541	8.515
Porto d'Armi	673	383	307
Idoneità per il lavoro	1.763	1.784	1.785
Stati invalidanti	12.273	11.696	13.517
Certificazioni	90	131	106
Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti	24	15	19
Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni	438	429	426
Medicina necroscopica	5.808	5.284	4.635
Gestione del rischio clinico (Risk management) Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce	59	52	54

### P.M.P.P.V Dati di attività 2021 – 2022 – 2023

ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
<b>Interventi</b> (disinfezione/disinfestazione, su animali vivi, su spoglie animali, di vigilanza, per apposizione marchi auricolari, per gestione emergenze, per sopralluoghi, per allerte alimentari, per trasporti, nr ingressi in stalla per prove diagnostiche)	2.851	2.530	4.014
<b>Interventi in reperibilità</b>	168	137	137
<b>Attività specifiche:</b> Nr. marchi auricolari duplicati	9.953	8.581	6.834
Ore di collaborazione	200:00	280:30	165:00
<b>Promozione della salute</b> (ore dedicate ad educazione sanitaria)	0	0	0

**SSD Prevenzione e Promozione della Salute**  
**Dati di attività 2021- 2022 – 2023**

ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Attività di promozione salute setting scuola – a gestione diretta della struttura ( laboratori , seminari, attività informative, ecc)			
➤ n° destinatari intermedi (docenti, genitori, referenti, operatori sanitari ecc)	157	849	608
➤ n° destinatari finali (studenti)	960	2.116	1.721
Promozione della salute – coordinamento progetti/programmi (produzione catalogo Scuola e salute e relative attività di governance ; governance PLP)			
➤ N° scuole coinvolte in progetti /n° scuole totali	65 su 69(94%) a.s. 2020/2021	60 su 77(78%) a.s. 2021/2022	64 su 66(97%) a.s. 2021/2022
➤ N° servizi /Associazioni coinvolti	36	51	43
Promozione della Salute setting comunità - progetti inter istituzionali attivi	5	5	2
- comuni /Enti/Associazioni coinvolti	20	22	15
Gestione flussi informativi - n° progetti aziendali gestiti in banca dati regionale Pro.Sa	85	87	48
Formazione (a operatori sanitari, scolastici, altri operatori) -n° corsi attivati -n° destinatari raggiunti	2 325	3 130yy	4 130

**UVOS**  
**Dati di attività 2021 – 2022 – 2023**

ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
<b>Mammografia</b> (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico)	97.088	91.362	96.098
<b>Citologia cervico vaginale</b> (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico)	78.056	85.227	64.062
<b>HPV-DNA</b> (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico)			

<b>Rettosigmoidoscopia</b> (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico)	4.601	10.547	1.198
<b>FFIT</b> (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico)	39.606	42.210	102.371

**S.S.D. Ambiente, Agenti fisici e Radioprotezione**  
**Dati di attività 2021 – 2022 - 2023**

ATTIVITA'	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti – progetti edilizi – richieste agibilità/abitabilità e rilascio pareri di competenza	585	130	296
Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate)	276	150	96
Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo	540	110	178
Nr. attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi	209	120	41
Nr. attività finalizzate da autorizzazione o controlli di altri edifici	314	80	61
Nr. attività finalizzate controllo in ambiente esterno e altri controlli	314	130	45
Nr. partecipazioni a commissioni	123	150	124
Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti	39	200	126

## 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.

Dopo tale periodo L'Azienda ha ripreso alcune attività di customer satisfaction legate a specifiche aree.

È stato innanzitutto distribuito nel corso del 2022 un questionario di soddisfazione presso le ostetriche dell'ASL CN1 con lo scopo di raccogliere le opinioni delle donne sulla qualità dei servizi nei punti nascita. Sono state garantite la riservatezza e l'anonimato delle risposte ed elaborate in forma anonima. Le aree oggetto di indagine sono state le seguenti:

- valutazione modalità del controllo del dolore;
- valutazione del personale: (inteso come cortesia nel rispondere alle richieste, professionalità, sostegno nell'allattamento e nell'accudire il neonato, capacità di tranquillizzare emettere a proprio agio la paziente;)
- valutazione personale OSS (sostegno alle cure e all'igiene della persona, professionalità, cortesia nel rispondere alle richieste, capacità di tranquillizzare emettere a proprio agio);
- valutazione personale medico (gentilezza e disponibilità ad ascoltare le richieste, professionalità, chiarezza nelle informazioni sullo stato di salute suo e del bambino il tempo che le ha dedicato).

Sulla base delle risultanze emerse dalle Customer Satisfaction, nel corso del 2023 è stato organizzato un **Focus Group accreditato ECM** dal titolo *“Iniziamo da noi: comunicazione e dinamiche del gruppo”* con lo scopo di rielaborare i risultati ed avviare azioni di miglioramento proattive, azioni di intervento e proposte di problem solving.

Nel corso del 2023, inoltre, è stata effettuata una **Customer Satisfaction** rivolta alle **pazienti ginecologiche** ricoverate presso le Strutture Complesse di Ginecologia e Ostetricia; l'indagine aveva lo scopo di raccogliere le opinioni delle donne sulla qualità dei servizi in reparto, con particolare riferimento al comfort (adeguatezza degli ambienti, servizi igienici, arredi dei locali

della struttura, pulizia dei locali, Tranquillità e comfort degli ambienti di visita/ricovero, Qualità, varietà e gradevolezza del cibo), organizzazione e degenza (valutazione del tempo di attesa per ricevere l'intervento programmato, valutazione delle informazioni ricevute prima dell'intervento e le modalità di controllo del dolore post-intervento). Alcuni item erano rivolti alla valutazione del personale Medico, Infermieristico e di assistenza. Anche in questo caso sono stati richiesti gli aspetti maggiormente graditi e meno graditi.

Nel corso del 2023 è stato inoltre somministrato a cura della **SS Medicina Trasfusionale un questionario di Customer Satisfaction per i donatori**. L'indagine ha come oggetto di ricerca la valutazione della Qualità Percepita dei donatori di sangue ed emocomponenti che accedono alla SS Medicina Trasfusionale.

Oltre ad un adempimento normativo, l'obiettivo perseguito mediante la rilevazione della Customer Satisfaction (C.S.) è stato quello di valutare, attraverso il giudizio degli utenti intervistati, le criticità e le proposte atte a consentire la realizzazione del miglioramento continuo della qualità. Il contesto economico, caratterizzato dalla scarsità delle risorse, richiede una gestione sempre più prudente, ma attenta ai bisogni del cittadino.

La qualità del servizio e il miglioramento organizzativo sono gli strumenti cardine per gestire l'aumento esponenziale della curva della spesa sanitaria che deve essere tenuta a bada sin dall'inizio del processo, ossia mediante l'appropriatezza delle prestazioni.

L'aumento del livello delle aspettative dei cittadini (sempre più esigenti) si ripercuote proprio sulla domanda, sia mediante la maggior opportunità di scelta tra i servizi che in livelli qualitativamente elevati della loro erogazione.

La ricerca, promossa dalla SS Medicina Trasfusionale, si è svolta presso le sedi di Savigliano e di Mondovì. In generale, i donatori hanno dimostrato disponibilità alla collaborazione, anche grazie alle indicazioni fornite dall'operatore del servizio, al momento della somministrazione del questionario, circa le finalità dell'iniziativa il cui scopo è, appunto, il miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Inoltre l'Urp ha continuato, anche nel corso del 2023, a svolgere un'attività molto importante di informazione e canalizzazione delle richieste degli utenti con quasi 30.000 passaggi annui (comprensivi di reclami, segnalazioni, suggerimenti, elogi e informazioni). Grazie al costante lavoro l'ufficio è riuscito a creare un flusso continuo di informazioni in grado di fornire all'Azienda indicazioni sulla qualità dei servizi offerti e sulle criticità su cui intervenire.

Sono state inoltre implementate le attività di contatto con l'utenza mediante l'utilizzo dei nuovi **canali comunicativi** come il **sito web** completamente rivisto e aggiornato con 800.000 pagine visionate all'anno e i **canali social** con cui si riesce ad avere un'interazione costante con gli oltre 12800 follower e una media di 7000 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 sistema 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.

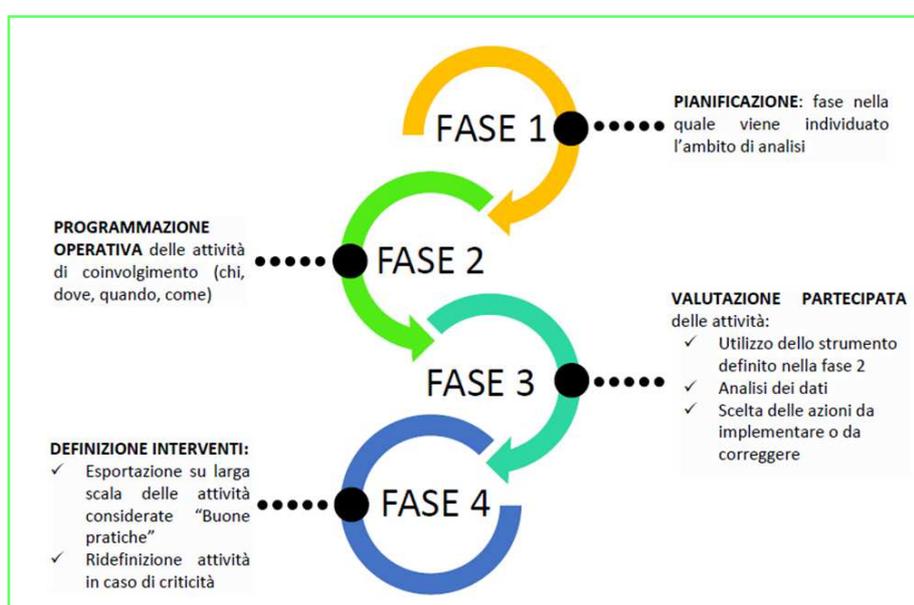
Come si è visto il Valore Pubblico richiede la conoscenza e il confronto con i portatori di interesse: lo strumento della Valutazione Partecipativa è quindi un formidabile elemento di dati che consente lo scambio di informazioni e la possibilità di rivedere la progettualità in rapporto alle attese dei 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.

### 2.5 I risultati nella partecipazione comunicata

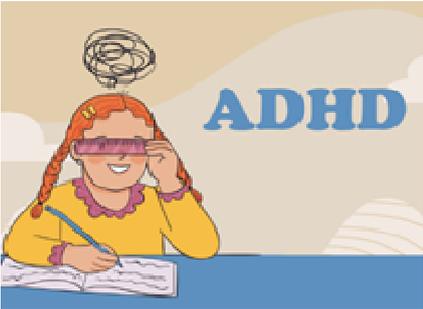
L'ASL CN1 nel corso del 2023 ha cercato di valorizzare ed armonizzare i processi aziendali sia sotto il profilo amministrativo sia clinico assistenziale, al fine di assicurare alti standard di cura. La valorizzazione e la riconoscibilità dell'Azienda e dei suoi professionisti, viene comunicata attraverso piattaforme social network (pagine aziendali Facebook e Instagram) oltre che al sito internet aziendale, canali istituzionali per comunicare con i cittadini/stakeholders; nella breve carrellata che segue si rappresenta in modo (non esaustivo) la vita sui social nell'anno 2023.

## INIZIATIVE E PROGETTI 2023

<b>GENNAIO</b>		<p><b>NUOVI METODI DI TRATTAMENTO DELL'EMICRANIA CRONICA - LA STRUTTURA TERAPIA ANTALGICA DELL'ASL CN1</b></p> <p>L'agopuntura risulta efficace nel trattamento del paziente con emicrania cronica e sembra mostrare, nonostante l'esiguità del campione preso in considerazione, una superiorità rispetto all'infiltrazione del nervo grande occipitale (GONB) per stabilità di risultati e qualità percepita particolarmente evidente a 30-60 giorni.</p>
<b>FEBBRAIO</b>		<p><b>INFERMIERE SUPERVISOR</b></p> <p>Si chiama "nurse supervisor", infermiere supervisore ed è un nuovo ruolo istituito e in via sperimentazione, per ora presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Savigliano.</p>
<b>MARZO</b>		<p><b>"CAFFÈ DELLA MEMORIA"</b></p> <p>Momenti di incontro per persone con problemi cognitivi e loro familiari</p> <p>Il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) ASL Cn1 promuove il 'Caffè della Memoria', un luogo di incontro rivolto alle persone con problemi cognitivi ed alle loro famiglie con lo scopo di favorire il benessere relazionale e stimolare il confronto attraverso un'esperienza ricreativa.</p>
<b>APRILE</b>		<p><b>IL PROGETTO VINEYARD</b></p> <p>Prosegue lo sviluppo del progetto rivolto ad adolescenti e giovani che manifestano differenti forme di disagio mentale.</p> <p>Esperire e narrare cura, temporalità e trasformazione attraverso la pratica della viticoltura", ideato da Andrea Barbieri, psichiatra e responsabile dei Centri Diurni di Cuneo e Dronero (Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL CN1).</p>

APRILE		<p><b>PREMIATA BUONA PRASSI DEL CENTRO AUTISMO</b></p> <p>L'ottavo Convegno Internazionale Autismi: vite ad ampio spettro. Multidisciplinarietà e Neurodivergenze che si è tenuto a Rimini il 28 e 29 aprile ha visto un'importante presenza del Centro Autismo e Sindrome di Asperger (C.A.S.A.) dell'ASL CN1. Oltre alla relazione in uno dei simposi del responsabile Giuseppe Maurizio Arduino, invitato a trattare il tema delle tecnologie a supporto dell'apprendimento e del progetto di vita, sono state selezionate tra le buone pratiche ben 8 esperienze presentate dagli operatori delle équipes delle strutture di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia dell'ASL CN1</p>
MAGGIO		<p><b>EVENTO</b></p> <p>Savignano: <b>la Pediatria</b> si presenta: evento pomeridiano, in piazza Santarosa, aperto a genitori e bambini</p>
GIUGNO		<p><b>EVENTO</b></p> <p>Savignano - Presentato il progetto dell'Asl Cn1 e dell'Associazione La Cura nello Sguardo "Ne parliamo insieme...?" A Savignano con le scuole si è discusso di gestione del <b>lutto infantile</b></p>
GIUGNO		<p><b>EVENTO</b></p> <p>Savignano - Uscite di cammino del corso per "accompagnatori di cammino di Comunità", promosso dalla Medicina Sportiva e dalla Promozione della Salute, in collaborazione con la Medicina Fisica e Riabilitativa.</p>
LUGLIO		<p><b>SEI ESOSCHELETRI PER I PAZIENTI DELLA RIABILITAZIONE DELL'ASL CN1.</b></p> <p>Un nuovo presidio di ingegneria biomedica è da oggi a disposizione dei pazienti della Struttura complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Asl Cn1 che hanno problemi di deambulazione.</p>

LUGLIO	 <p><b>Interreg</b>  Cofinancé par l'Union Européenne Cofinanziato dall'Unione Europea</p> <p><b>France - Italia ALCOTRA</b></p> <hr/> <p><b>MyHealthFriend</b></p>	<p><b>MY HEALTH FRIEND</b></p> <p>Un nuovo progetto d'innovazione sanitaria sul Cuneese nell'ambito del programma di cooperazione transfrontaliera fra Italia e Francia ALCOTRA, un'iniziativa che vede a capofila il Centro Ospedaliero Universitario di Nizza e in qualità di partner italiani le Aziende Sanitarie Locali CN1 e CN2. Progetto che mira a prevenire o ridurre l'impatto socio-sanitario delle malattie croniche e neurologiche in particolare, incidendo con soluzioni sanitarie innovative sulla disparità di accesso alle cure, dovuta all'isolamento geografico e alla scarsa presenza di personale sanitario in territorio rurale e montano.</p>
LUGLIO		<p><b>DONAZIONE MULTICOMPONENT</b></p> <p>A Savigliano e Mondovì arriva la donazione multicomponent grazie alla nuova strumentazione in uso ai Centri Trasfusionali. Alla momento della donazione sarà possibile separare i vari componenti del sangue, ottenendo contemporaneamente la raccolta dei globuli rossi e plasma, o in alternativa di due unità di globuli rossi pronti all'uso senza ulteriori lavorazioni.</p>
SETTEMBRE	 <p><b>Centro Disturbi Cognitivi Demenze</b></p>	<p><b>ASSISTERE LE PERSONE CON DEMENZA</b></p> <p>Il Centro Disturbi Cognitivi Demenze (CDCD) dell'AslCn1 organizza una serie di incontri con l'intento di migliorare le conoscenze sulle demenze, sulla gestione delle varie fasi/sintomi, sui principali aspetti assistenziali e socio-sanitari ad esse correlate.</p>
SETTEMBRE		<p><b>PEDALATA DEL CUORE</b></p> <p>A Savigliano, in occasione della IX manifestazione "Pedalata del cuore, i cardiologi e i neurologi dell'ASL CN1 hanno offerto consulenze gratuite.</p>
OTTOBRE		<p><b>ALL'OSTETRICIA DI SAVIGLIANO ARRIVA IL SIMULATORE DI PARTO</b></p> <p>Un manichino su cui esercitarsi simulando un parto, nell'ampio spettro delle problematiche che possono presentarsi nel corso dell'evento</p>
OTTOBRE		<p><b>FAMILY ROOM</b></p> <p>Una saletta per favorire l'incontro, già in ospedale, tra fratellini e i neonati. E' la "family room" aperta presso il reparto di Ostetricia per rispondere in maniera proattiva a molte domande delle neomamme.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">OTTOBRE</p>		<p><b>“SCAN ME!” Centro Diurno Cuneo</b> L’attività prevede che il gruppo di Montagna-terapia, composto da operatori e utenti, lavori insieme allo scopo di individuare i sentieri montani che desidera mappare e le aree tematiche sulle quali intende concentrarsi. Il gruppo esplora quindi i temi selezionati attraverso letture, interviste con abitanti locali e confronti con esperti, valorizzando le conoscenze dei singoli partecipanti e rendendole una risorsa comune.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">NOVEMBRE</p>		<p><b>INAUGURATO L’AMBULATORIO DI SAVIGLIANO</b> Primo ambulatorio sociale veterinario nelle Asl cuneesi. L’iniziativa, fortemente voluta dalla Regione, e, in particolare, dall’assessore regionale al Benessere Animale, Chiara Caucino e dal Presidente della Regione, Alberto Cirio, rappresenta un vero e proprio fiore all’occhiello per il Piemonte e, allo stesso tempo, di una pietra miliare nel sostegno alle persone più disagiate per le quali un’animale di affezione rappresenta molto più di un amico, ma un vero e proprio compagno di vita, una figura sempre presente che dona amore e affetto, con comprovati effetti anche terapeutici sull’umore e contro il senso di solitudine che spesso attanaglia le persone più fragili.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">NOVEMBRE</p>		<p><b>FLASHMOB “NON SEI SOLA”</b> L’ASL CN1 e la A.O S. Croce e Carle ha realizzato un flashmob per tenere sempre alta l’attenzione sul contrasto alla violenza di genere.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DICEMBRE</p>		<p><b>MENTAL COACH PER I PAZIENTI AFFETTI DA ADHD</b> L’Asl Cn1 in prima linea nel lancio di un progetto innovativo che prevede la nascita di nuove tipologie di psicologi che diventino mental coach dei tanti pazienti affetti da ADHD acronimo di "Attention Deficit hyperactivity disorder" che tradotto in italiano è il "disturbo da deficit di attenzione e iperattività".</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DICEMBRE</p>	 <p><b>NUOVO OSPEDALE</b> Viene firmato il contratto di assegnazione dell'incarico di progettazione del nuovo ospedale unico del quadrante Nord Ovest dell'Asl Cn1 della provincia di Cuneo, Saluzzo-Savigliano-Fossano.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DICEMBRE</p>	 <p><b>SAVIGLIANO: L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE ENTRA IN OSPEDALE</b> La Radiologia del "SS. Annunziata" è stata dotata di un macchinario che dispone di un software in grado di comprendere e offrire risposte senza la necessità che si pongano domande. Il sistema è applicato per l'esecuzione degli esami di Risonanza Magnetica, con risultati eccellenti: migliora la qualità delle immagini, i tempi di esecuzione senza ridurne la qualità che anzi viene ottimizzata; e poi c'è minor disagio per il paziente, soprattutto per i portatori di impianti protesici metallici.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DICEMBRE</p>	 <p><b>LA FONDAZIONE ONDA ASSEGNA DUE BOLLINI ROSA AGLI OSPEDALI DI MONDOVÌ E SAVIGLIANO</b> I Bollini Rosa per il biennio 2024-2025 agli ospedali che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie che riguardano l'universo femminile, ma anche quelle che riguardano trasversalmente uomini e donne in ottica di genere.</p>

### 3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Come descritto nel Piano della Performance 2023, contenuto nel PIAO e approvato con Deliberazione n. 105 del 06.03.2023, 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.

In questa relazione ci si è proposti di rappresentare la gestione dell'Azienda Sanitaria attraverso misure di performance, con la finalità da un lato di supportare i processi decisionali e le fasi della programmazione e del controllo, dall'altro di stimolare e guidare i processi di miglioramento della qualità, specialmente in un contesto come quello sanitario che non è legato strettamente ai meccanismi di mercato ed è caratterizzato dalla presenza della governance pubblica.

Infatti, costruire un "oggetto delicato", quale è un modello di valutazione, è importante avere chiare le sue finalità, ossia immaginare come esso possa contribuire a migliorare il funzionamento del sistema: le evidenze offerte dal modello di valutazione possono aiutare il management ad "ancorare" la necessaria interlocuzione con politica e professionisti a robusti elementi di razionalità aziendale. Infatti, i professionisti guardano i problemi attraverso le lenti della disciplina di appartenenza ed il management deve trovare il modo di assicurare il confronto tra le evidenze prodotte, che possano e debbano impattare direttamente sulle decisioni e, quindi, sul funzionamento dell'Azienda, e il contributo che le evidenze possano offrire alla razionalizzazione di concreti processi decisionali. Ed inoltre, gli stessi dati potrebbero rappresentare un utile terreno di confronto fra il management aziendale e quello regionale.

Si osserva che è intrinseca la multidimensionalità che caratterizza i risultati delle aziende sanitarie pubbliche. Infatti, anche il mondo delle imprese e dei loro risultati può essere letto in termini multidimensionali, ma la multidimensionalità converge naturalmente nella fondamentale dimensione economica. Nel caso delle aziende sanitarie pubbliche la multidimensionalità è nativa e irriducibile, le diverse prospettive di risultato, da quella tecnico-operativa, a quella economico-finanziaria e, del consenso, non possono essere ricondotte a un unico asse.

Per questo motivo gli obiettivi e le valutazioni sono ricche di suggestioni in diversi campi, in modo da tenere presente le caratteristiche varie del sistema.

Anche la Regione assegna obiettivi riguardanti il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni, l'accessibilità al pronto soccorso, la qualità delle cure, l'appropriatezza e gli esiti (per questi ultimi si fa generalmente riferimento agli indicatori del PNE), seguiti da obiettivi che riguardano la farmaceutica e i dispositivi medici (obiettivi su appropriatezza prescrittiva, rispetto del livello di spesa, etc.). Nell'ambito della dimensione economica, le aziende sono tenute ad assicurare l'equilibrio economico e a rispettare la normativa nazionale sui tempi di pagamento. La dimensione relativa agli investimenti è presente anch'essa, declinata in modo differente in termini di digitalizzazione, rinnovo del patrimonio edilizio e tecnologico o attuazione delle misure legate ai

fondi del Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Inoltre, investire non vuol dire soltanto acquistare macchinari e tecnologie: il primo investimento in una società civile deve essere effettuato sul capitale umano. Le risorse umane sono infatti un fattore imprescindibile in qualsiasi ambito, ma ancora di più in sanità, dove ci si dedica alla cura delle persone. È fondamentale che i professionisti siano non solo preparati e competenti, ma anche appassionati. La loro gestione è cruciale a tutti i livelli: dalla formazione, al ruolo professionale, al total rewarding.

Per questo motivo anche la “restituzione” dei risultati, attraverso la valutazione delle performance e la rendicontazione di quanto raggiunto è uno strumento di rispetto e di condivisione tra l’Azienda e i Suoi dipendenti, che anche quest’anno si propone nel presente documento.

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.

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 2023 è stato avviato con la comunicazione Prot. 152422 del 05/12/2022 da parte della Direzione Generale con la richiesta di far pervenire le proposte entro il 12 gennaio 2023. La programmazione 2023 della Direzione è stata orientata al recupero a pieno regime delle attività e delle prestazioni sanitarie accompagnata da una particolare attenzione al contenimento dei costi.

Le negoziazioni sono iniziate in data 07/03/2023 e si sono concluse in data 30/03/2023, 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 e del Consiglio dei Sanitari del 06/06/2023, la Direzione Generale ha illustrato la Relazione della Performance anno 2022.

Anche per l’anno 2023, la Direzione ha riproposto l’obiettivo legato alla contabilità analitica, al

controllo delle attività erogate e ai costi (contenuto nella Scheda Risorse & Attività). Gli obiettivi proposti hanno riguardato tutte le aree e le dimensioni della strategia aziendale del budget, come illustrato di seguito:



Si sono proposti obiettivi, per la maggior parte, relativi al controllo dei costi così come deciso dalla Direzione Generale oltre che a quelli relativi all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, su discussioni di casi clinici per alcune specialità e obiettivi di tipo burocratico.

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

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

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 stati 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 ha riferito 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.

La suddetta Relazione Generale è stata presentata, approvata e deliberata dalla Conferenza dei Sindaci in data 07/06/2023.

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali la programmazione regionale 2023 si è sviluppata con la D.G.R. n. 11-7385 del 03/08/2023 per cui sono stati individuati gli obiettivi così suddivisi e strutturati:

### 1. GESTIONE DELLA SPESA:

1.1	Efficientamento
1.2	Assistenza farmaceutica - appropriatezza prescrittiva
1.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici
1.4	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della Farmaceutica
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. EDILIZIA SANITARIA:

2.1	Progetti di edilizia sanitaria
-----	--------------------------------

### 3. PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA:

3.1	M6C1 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale
3.2	M6C1 - Assistenza Domiciliare
3.3	M6C2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
3.4	M6C2 - Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - FSE 2.0

#### 4. ACCESSIBILITA':

4.1	Tempi di attesa. Prestazioni erogate prenotate attraverso il CUP
4.2	Area Osteomuscolare
4.3	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi
4.4	Appropriatezza nell'assistenza al parto
4.5	Donazioni d'organo

#### 5. PREVENZIONE

5.1	Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)
5.2	PanFlu
5.3	Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

I risultati ottenuti sono stati evidenziati nella *“Relazione socio sanitaria aziendale per l'anno 2023”*, approvata con deliberazione n. 65 del 27/02/2024; 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 2023, sezione del PIAO 2023).

Anche per il 2023, 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.

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°	DESCRIZIONE OBIETTIVO	N° STRUTTURE COINVOLTE	RELAZIONANTE/VALUTATORE INTERNO
1	Collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte	103	Direzione Generale (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati)

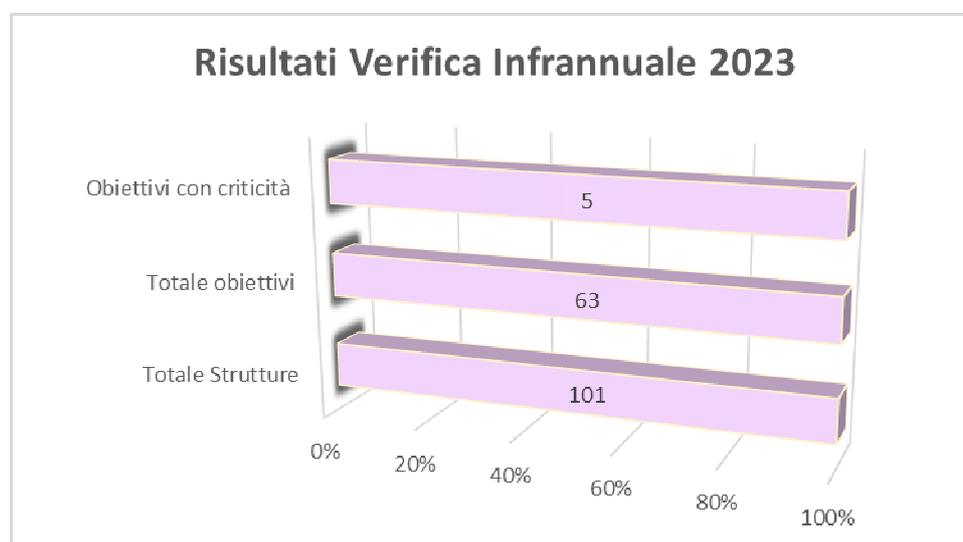
N°	DESCRIZIONE OBIETTIVO	N° STRUTTURE COINVOLTE	RELAZIONANTE/VALUTATORE INTERNO
2	Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle	6	AO S. CROCE
3	Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'ASL CN2	1	ASL CN2
4	Integrazione servizi medici	7	Dipartimento di Prevenzione/S.S.D. Direzione Amministrativa Prevenzione
5	Integrazione servizi veterinari	4	
6	Completamento Front Office Amministrativo Veterinario Integrato	5	
7	Contenimento dei tempi di attesa degli stati invalidanti	1	
8	Collaborazione gestione dose tracking	1	
9	Formazione Radioprotezione	1	
10	RADON	1	
11	Vigilanza e pratiche autorizzative riguardo radiazioni	1	
12	Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP	10	
13	Attuazione e rispetto dei programmi regionali di Prevenzione - PLP - PAISA	5	
14	La contenzione in SPDC - Revisione procedura	2	Dipartimento di Salute Mentale
15	La prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori - Revisione procedura	3	
16	Valutazione psicodiagnostica del minore per disturbi pervasivi dello sviluppo. Revisione procedura.	1	S.S.D. Servizio di Psicologia e psicopatologia dello Sviluppo
17	Presa in carico psicologica cure primarie - revisione procedura	1	
18	Controllo e gestione del boarding	2	Dipartimento Emergenza Urgenza
19	Firma Digitale	6	
20	Istituzione figura infermiere supervisor DEA	1	
21	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica pazienti non-COVID in terapia intensiva	2	
22	NBCR pre-ospedaliera - Progettazione procedura	1	
23	Notificazione eventi di Maxiemergenza	1	
24	Coordinamento operativo con il DEU per la copertura turni di servizio	1	
25	Stesura protocolli su stemi, urosepsi e gestione paziente psichiatrico in DEA	2	
26	Aggiornamento procedura Gestione Interaziendale di Adolescenti con Scopenso Psicico Acuto	5	Dipartimento Materno Infantile
27	Percorsi clinico assistenziali	6	Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo
28	Ambulatorio cardio nefro-metabolico Area Nord	3	Dipartimento Medico Specialistico
29	Interventi di ablazione	2	
30	Percorso SYNCOPE UNIT	6	
31	Vigilanza strutture	1	Dipartimento per l'Integrazione Territoriale
32	Appropriatezza prescrizione protesica	1	

<b>N°</b>	<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>N° STRUTTURE COINVOLTE</b>	<b>RELAZIONANTE/VALUTATORE INTERNO</b>
33	Manutenzione esternalizzata ausili protesica	1	Dipartimento per l'Integrazione Territoriale
34	Gestione dei codici bianchi	6	Direzioni Sanitarie Savigliano - Mondovì
35	Realizzazione della cappella presso l'Ospedale di Mondovì	1	S.C. Direzione Sanitaria Mondovì
36	Realizzazione della struttura di Fisiatria presso l'Ospedale di Savigliano	1	S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
37	Realizzazione di un servizio Dialisi presso l'Ospedale di Saluzzo	1	S.C. Direzione Sanitaria Savigliano
38	Implementazione di un servizio di contatto telefonico tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri e ambulatoriali	7	S.S.D. Medicina Specialistica Ambulatoriale
39	Installazione nuova TAC presso l'Ospedale di Saluzzo	1	
40	Promozione ed implementazione attività odontoiatrica in ambito pediatrico	6	
41	Farmaci biotecnologici - Appropriately prescrittiva	1	S.C. Farmacia Ospedaliera
42	Reumatologia, gastroenterologia, dermatologia - Appropriately prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati	1	
43	Trattamento della psoriasi a placche - Appropriately prescrittiva farmaci biotecnologici	1	
44	Trattamento della sclerosi multipla - Appropriately prescrittiva farmaci utilizzati	2	
45	Trattamento dell'asma eosinofilo e della CRSwNP nei pazienti adulti - Appropriately prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati	3	
46	Trattamento dell'ipercolesterolemia - Appropriately prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati	3	S.C. Farmacia Ospedaliera
47	Interventi di razionalizzazione appropriata nell'uso dei farmaci e ricorso al cost saving	6	S.S. Farmacia Territoriale
48	Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	48	S.C. Affari Generali e Controlli interni
49	Rispetto dei limiti di budget trasversale e compliance	23	S.C. Bilancio e Contabilità
50	Relazione sui primi 24 mesi di mandato del Direttore Generale	9	S.C. ISICP
51	Revisione e aggiornamento modulistica, istruzioni operative e procedure della Medicina del Lavoro	1	S.C. Medicina del Lavoro
52	Sito INTRANET aziendale della SCI Medicina del Lavoro - Revisione e aggiornamento	1	
53	Rispetto dei tempi delle pratiche del Servizio Legale	2	S.C. Servizio Legale
54	Interventi volti al miglioramento dell'appropriately prescrittiva	29	S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche
55	Riduzione del numero delle sedi decentrate	5	
56	Scheda "Risorse attività"	64	
57	Sito internet aziendale - Revisione	31	S.S. Relazioni con il Pubblico Comunicazioni e Ufficio Stampa

N°	DESCRIZIONE OBIETTIVO	N° STRUTTURE COINVOLTE	RELAZIONANTE/VALUTATORE INTERNO
58	Pubblicazione nominativi Dirigenti e Preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008 intranet aziendale	1	S.S. Servizio Prevenzione e Protezione
59	Implementazione di un servizio di consegna e restituzione dei dispositivi medici di piccole dimensioni	7	S.C. Logistica e DAPO
60	Modulistica utilizzata nei Presidi Ospedalieri - Revisione e razionalizzazione	5	
61	Pool amministrativi di Dipartimento	4	
62	Riduzione degli scarti e ottimizzazione del servizio mensa	25	
63	Accreditamento SIMT	1	S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità

In data 06/09/2023 la S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi 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.

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. 141 del 19/04/2024) 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 2023, è necessario fornire alcune indicazioni generali, sia di tipo metodologico sia di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa del 2023.

Tali riflessioni sono state condivise con l'OIV nelle riunioni propedeutiche alla valutazione degli obiettivi 2023, che si sono tenute in data 11/03/2024 e in data 26/03/2024.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2023 ha, come si è detto, utilizzato il sistema dei pesi correlati a ciascuna fascia di strutturazione della performance organizzativa e del relativo conseguimento dei risultati, che lega in modo molto più stretto le quote di retribuzione di risultato ai valori di performance raggiunti.

L'OIV sulla base della documentazione ricevuta ha proceduto con i seguenti giudizi, riportati nel documento "Verifica Finale Budget 2023 – Obiettivi per Struttura".

#### Obiettivi pienamente raggiunti

Sono gli obiettivi che, sulla base delle proposte e della documentazione pervenuta dai relazionanti interni hanno avuto un giudizio di raggiungimento al 100%.

In particolare è raggiunto al 100% l'obiettivo "**Scheda "Risorse attività"**"; nella relazione, per alcune strutture è indicato *"la somma dei valori relativi alle voci obiettivo inserite sulla scheda 'Risorse/Attività' porterebbe al non completo raggiungimento del target"* e il Direttore Sanitario dell'Azienda specifica che *"Alla luce di quanto sopra esposto, verificate le motivazioni con il Direttore Sanitario, l'Obiettivo 'Rispetto degli indicatori assegnati sulla scheda 'Risorse/Attività' è da considerarsi pienamente raggiunto"*.

L'O.I.V. prende atto di questo giudizio e considera quindi di poter valutare l'obiettivo pienamente raggiunto

L'O.I.V. concorda quindi 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

#### Obiettivi non pienamente raggiunti

L'O.I.V. ha esaminato con particolare attenzione questa categoria di obiettivi che, sulla base delle proposte e della documentazione presentata dai relazionanti interni, hanno avuto un giudizio di raggiungimento inferiore al 100%.

Per l'obiettivo "Digitalizzazione **del flusso documentale e relativi controlli**", per cui il relazionante ha dato in alcuni casi la % di correttezza inferiore a 100, l'O.I.V. applica il criterio di distribuzione delle percentuali (Allegato A alla delibera 141 del 19/04/2024):

INDICATORE	PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	PERCENTUALE ATTRIBUITA (P1 e P2)
Obiettivo pienamente raggiunto <b>100%</b>	Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti <b>almeno al 90%</b> entro il 31 dicembre 2023	<b>100%</b>
Obiettivo sostanzialmente raggiunto <b>&gt;95% fino a &lt;100%</b>	Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti <b>almeno al 75%</b> entro il 31 dicembre 2023	<b>Dal 83% al 99% = 99%</b>
		<b>Dal 75% all'82% = 98%</b>
Obiettivo parzialmente raggiunto <b>&gt;60% fino 95%</b>	Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti <b>almeno al 60%</b> entro il 31 dicembre 2023	<b>Dal 60% al 74% = 91%</b>
Obiettivo non raggiunto <b>&lt;60%</b>	Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti <b>inferiore al 60%</b> entro il 31 dicembre 2023	<b>Inferiore al 60% = 51%</b>

con le seguenti risultanze:

Obiettivo	Struttura	Esito verifica Relazionante di raggiungimento obiettivo	Valutazione O.I.V.		
			P1	P2	
Digitalizzazione del flusso documentale e relativi controlli	Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale	Acquisizione, firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti:	60%	91%	===
	S.C. Bilancio e Contabilità		75%	98%	98%
	S.S. Formazione Sviluppo Competenze e Qualità		75%	98%	98%
	S.C. Medicina del Lavoro		77%	98%	98%
	S.S. Relazioni con il Pubblico e Ufficio Stampa		83%	99%	99%
	S.C. Innovazione e Sicurezza Informatica e Ciclo della Performance		76%	98%	98%
	S.S.D. Consulenti familiari		63%	91%	91%
	S.C. Neuropsichiatria Infantile		60%	91%	91%
	S.C. Servizio Tecnico		79%	98%	98%
	S.C. Medicina Legale		85%	99%	99%
	S.S. Servizio Prevenzione e Protezione		66%	91%	91%
	S.C. Psichiatria Area nord		22%	51%	51%
	S.C. Psichiatria Area Sud		44%	51%	51%

Pertanto la frase inserita nella tabella verbale è la seguente:

SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL ... %), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL ... % (VALORE TRA IL ... % E IL ... %) che viene riportata su ciascuna delle strutture sopra indicate.

Per quanto riguarda l'obiettivo " Firma digitale" per cui il relazionante ha dato in alcuni casi un esito di verifica inferiore a 100, l'O.I.V. applica il criterio di distribuzione delle percentuali (Allegato A alla delibera 141 del 19/04/2024):

INDICATORE	PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO	PERCENTUALE ATTRIBUITA (P1 e P2)
Obiettivo pienamente raggiunto <b>100%</b>	Firma digitale sul 100% dei documenti	<b>100%</b>
Obiettivo sostanzialmente raggiunto <b>&gt;95% fino a &lt;100%</b>	Firma digitale dall'85% al 99% dei documenti	<b>99%</b>
Obiettivo parzialmente raggiunto <b>&gt;60% fino 95%</b>	Firma digitale dell'82,2% dei documenti	<b>96%</b>
	Firma digitale dell'80% dei documenti	<b>93%</b>
Obiettivo non raggiunto <b>&lt;60%</b>	Firma digitale inferiore al 60% dei documenti	<b>59%</b>

con le seguenti risultanze:

Obiettivo	Struttura	Esito verifica Relazionante di raggiungimento obiettivo	Valutazione O.I.V.	
			P1	P2
<b>Firma digitale</b>	S.C. Anestesia e Rianimazione Mondovì	91% delle lettere di dimissione firmate digitalmente	99	99
	S.S.D. Terapia Antalgica e Gestione Accessi Venosi Centrali	95,2% dei referti ambulatoriali firmati digitalmente	99	99
	S.C. Fisiopatologia Respiratoria	96% delle lettere di dimissione firmate digitalmente	99	99
	S.C. Anestesia e Rianimazione Savigliano	80% delle lettere di dimissione firmate digitalmente	93	93
	S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano	87% dei verbali di PS firmati digitalmente	99	99
	S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì	82,2% dei verbali di PS firmati digitalmente	96	96

Pertanto la frase inserita nella tabella verbale è la seguente:

SULLA BASE DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE (PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO PARI AL ... %), L'O.I.V. VALUTA L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL ... % (VALORE TRA IL ... % E IL ... %) che viene

riportata su ciascuna delle strutture sopra indicate.

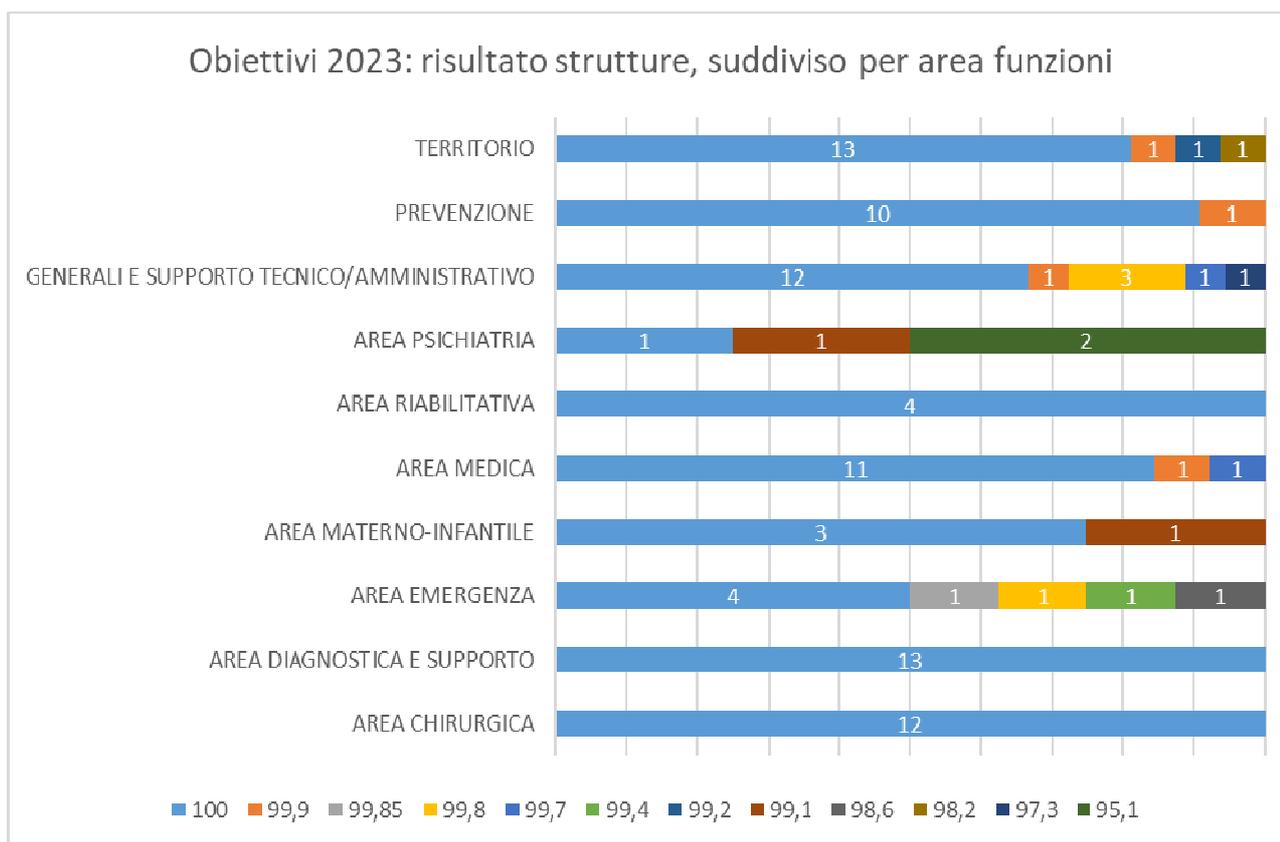
### I grafici dei risultati della performance organizzativa

Nei grafici seguenti vengono rappresentati i risultati complessivi conseguiti dalle schede di budget delle Strutture aziendali nell'anno 2023, 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.

Le Strutture aziendali coinvolte nel ciclo del Budget inizialmente 101, sono diventate, da ottobre 2023, 103 a seguito dell'istituzione di n. 2 Strutture Semplici, dopo l'ultima variazione dell'Atto Aziendale (rif. Delibera 184 del 22/05/2023)

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

Figura 3.1 – Obiettivi 2023: risultato strutture, suddiviso per area funzioni.



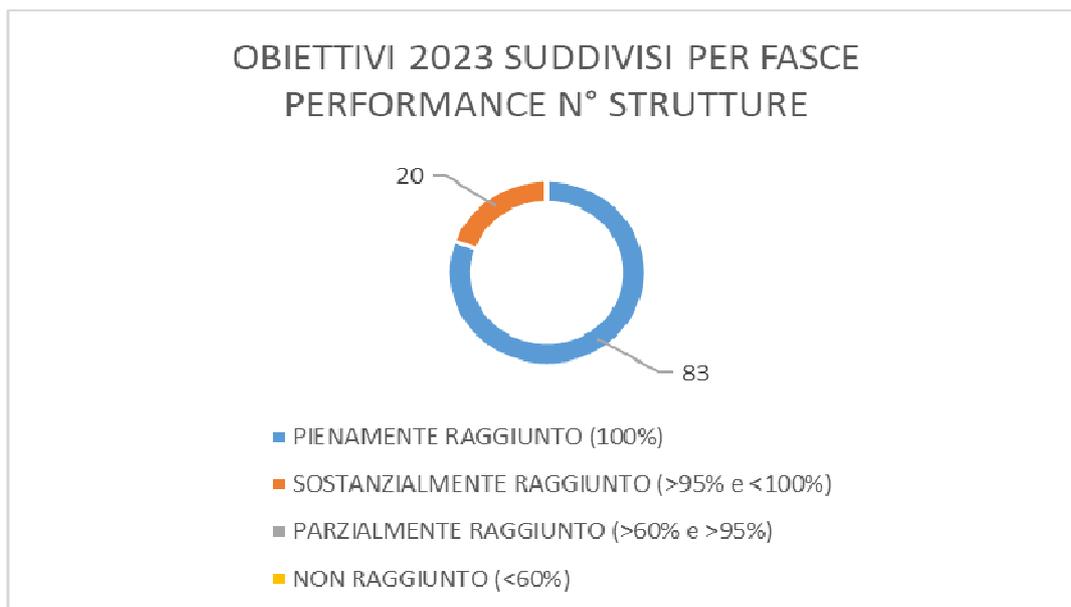


Figura 3.2 – Obiettivi 2023 suddivisi per fasce performance n° strutture.

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 2023 – Obiettivi per Struttura” e nella delibera ASL CN1 n. 141 del 19/04/2024 “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2023 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%
<b>FARMACI BIOTECNOLOGICI – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA</b>	Raggiungimento al 100% dell’attenzione alle prescrizioni secondo le indicazioni della Farmacia ospedaliera.	1	1	-	-
<b>VIGILANZA STRUTTURE</b>	Il target annuale fissato per l’obiettivo, già raggiunto nei primi sette mesi, è stato abbondantemente superato con gli ulteriori controlli effettuati nel secondo semestre, con una copertura superiore al 60%. Con riferimento alle strutture per disabili con i controlli effettuati nel secondo semestre è stato raggiunto il target fissato con una copertura superiore al 50%.	1	1	-	-

**Area: PROCESSI – Dimensione: APPROPRIATEZZA**

<b>APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI PROTESICA</b>	La valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni per la protesica è stata tenuta sotto controllo attraverso la produzione di reportistica trimestrale.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-
<b>MANUTENZIONE ESTERNALIZZATA AUSILI PROTESICA</b>	La valutazione dell'accuratezza del lavoro svolto sulla manutenzione esternalizzata ausili protesica è stato monitorato attraverso reportistica trimestrale.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-
<b>REUMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, DERMATOLOGIA – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI</b>	La valutazione dell'appropriatezza evidenzia il pieno raggiungimento dell'obiettivo al 100% ed in modo sostanziale per alcune specificità di farmaco (98% di raggiungimento). Nella relazione vengono evidenziate le tipologie di terapia per cui si sono esaminati i casi clinici e le prescrizioni collegate, e nei casi critici si è esaminata la documentazione e la giustificazione clinica, con riferimento anche alle recenti linee guida delle società scientifiche sull'efficacia dei farmaci.	<b>1</b>	-	<b>1</b>	-
<b>TRATTAMENTO DELLA PSORIASI A PLACCHE – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI</b>	Entrambi gli audit programmati si sono svolti secondo le tempistiche previste dall'obiettivo, il costruttivo dibattito ha rilevato prescrizioni quasi sempre allineate alle indicazioni del gruppo di lavoro regionale. E' stato discusso il report di spesa semestrale ed è stato fornito ai prescrittori un prospetto riportante il costo terapia induzione/mantenimento per i vari farmaci.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-
<b>TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI UTILIZZATI</b>	I report semestrali programmati sono stati svolti e non sono pervenute segnalazioni alla Farmacia di shift a DMD a costo maggiore.	<b>2</b>	<b>2</b>	-	-
<b>TRATTAMENTO DELL'ASMA EOSINOFILO E DELLA CRSwNP NEI PAZIENTI ADULTI – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI</b>	Gli audit si sono svolti secondo le tempistiche definite dall'obiettivo. Le riunioni hanno visto presenti i clinici prescrittori con cui i farmacisti hanno potuto interfacciarsi per approfondire casi clinici selezionati. E' stato rilevato un aumento della spesa sostenuta per questa categoria di farmaci: gli audit sono stati l'occasione per rimarcare l'importanza dell'appropriatezza prescrittiva.	<b>3</b>	<b>3</b>	-	-
<b>TRATTAMENTO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI</b>	Il report semestrale è stato condiviso con i clinici prescrittori. Sono stati approfonditi casi clinici selezionati, valutati i costi delle terapie e l'aderenza al trattamento da parte dei pazienti. Sono stati rilevati 6 pazienti over 80 in trattamento con inibitori PCSK9. Per tali casi clinici è stata redatta la relazione clinica prevista dall'obiettivo.	<b>3</b>	<b>3</b>	-	-

### Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICACIA CLINICA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
<b>CONTROLLO E GESTIONE DEL BOARDING</b>	I Direttori dei DEA hanno effettuato le relazioni richieste in tempo utile.	2	2
<b>MEDIANA DELLA DURATA DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA PAZIENTI non-COVID IN TERAPIA INTENSIVA</b>	In entrambe le SC Anestesia e Rianimazione la mediana della durata della terapia antibiotica è < a 4 gg come richiesto dall'obiettivo.	2	2
<b>PERCORSO SYNCOPE UNIT</b>	Il documento organizzativo della Syncope Unit è stato definito a settembre 2023. Sono stati valutati n. 17 pazienti.	6	6

### Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
<b>COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE DALLA REGIONE PIEMONTE</b>	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, l'attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento. Per l'anno 2023 la Regione Piemonte ha voluto porre l'attenzione sugli obiettivi relativi al PNRR per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'assistenza domiciliare, dell'ammodernamento del parco tecnologico e del rafforzamento del F.S.E. che, anche in questo caso, sono stati raggiunti. Nel complesso l'obiettivo risulta raggiunto pienamente da parte di tutte le strutture aziendali.	103	103	-

### Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA

<b>COLLABORAZIONE GESTIONE DOSE TRACKING</b>	Tutti i punti inerenti l'obiettivo sono stati ampiamente raggiunti.	1	1	-
<b>FIRMA DIGITALE</b>	L'obiettivo è stato sostanzialmente raggiunto da n. 2 Strutture, mentre le restanti n. 4 Strutture hanno ottenuto un raggiungimento parziale.	6	-	6
<b>RELAZIONE SUI PRIMI 24 MESI DI MANDATO DEL DIRETTORE GENERALE</b>	In data 07/06/2023 il Collegio dei Sindaci ha approvato la Relazione sui primi 24 mesi del mandato del Direttore Generale dell'ASL CN1	9	9	-
<b>RISPETTO DEI TEMPI DELLE PRATICHE DEL SERVIZIO LEGALE</b>	Le tempistiche e i termini delle pratiche del servizio legale risultano rispettati.	2	2	-
<b>SCHEDA "RISORSE/ATTIVITÀ"</b>	Nel corso del 2023 sono stati effettuati gli incontri di presentazione dell'andamento gestionale delle strutture individuate attraverso i dati di attività e costo presenti nella Scheda "Risorse/Attività". L'indicatore complessivo corrispondente alla somma dei valori relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi assegnati, è stato raggiunto da tutte le Strutture secondo le percentuali individuate.	64	64	-

## Area: PROCESSI – Dimensione: INNOVAZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%	< 90% e > 80%
<b>DIGITALIZZAZIONE DEL FLUSSO DOCUMENTALE E RELATIVI CONTROLLI.</b>	L'obiettivo richiedeva l'acquisizione, la firma digitale, protocollazione e fascicolazione dei documenti almeno al 90% entro il 31 dicembre 2023.	<b>54</b>	<b>35</b>	<b>17</b>	<b>2</b>
<b>ACCREDITAMENTO SIMT</b>	Nel rispetto delle scadenze fissate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante è stata predisposta la documentazione richiesta. In data 27/04/23 è stato inviato alla Regione Piemonte il Piano di Adeguamento e in data 21/07/2023 è stato trasmesso all'ARPA lo Stato di avanzamento delle azioni di miglioramento al 30/06/2023, nel rispetto del cronoprogramma definito.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-
<b>AMBULATORIO CARDIO NEFRO-METABOLICO AREA NORD</b>	L'ambulatorio è stato avviato dal 16/5/2023 e sono state effettuate n. 17 visite.	<b>3</b>	<b>3</b>	-	-
<b>INTERVENTI DI ABLAZIONE</b>	Gli interventi sono stati effettuati in entrambi i presidi secondo le tempistiche concordate nell'obiettivo.	<b>2</b>	<b>2</b>	-	-
<b>ISTITUZIONE FIGURA INFERMIERE SUPERVISOR DEA</b>	La figura dell'infermiere supervisor DEA è stata istituita nei tempi previsti dall'obiettivo.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-
<b>LA CONTENZIONE IN SPDC – REVISIONE PROCEDURA</b>	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto con revisione della procedura delle contenzioni in SPDC.	<b>2</b>	<b>2</b>	-	-
<b>LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI – REVISIONE PROCEDURA</b>	La revisione della procedura è stata effettuata nei tempi previsti.	<b>3</b>	<b>3</b>	-	-
<b>MODULISTICA UTILIZZATA NEI PRESIDI OSPEDALIERI – REVISIONE E RAZIONALIZZAZIONE</b>	La revisione ha interessato il 100% della modulistica a giacenza. L'obiettivo è stato raggiunto nei termini previsti.	<b>5</b>	<b>5</b>	-	-
<b>NBCR PRE-OSPEDALIERA – PROGETTAZIONE PROCEDURA</b>	La procedura specifica NBCR pre - ospedaliera è stata redatta e trasmessa al Direttore di Dipartimento in data 29.12.2023.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-
<b>PRESA IN CARICO PSICOLOGICA CURE PRIMARIE – REVISIONE PROCEDURA</b>	La procedura revisionata e i relativi allegati sono stati pubblicati entro il termine stabilito del 30/9/2023 e pubblicata sulla Intranet aziendale da parte dell'Ufficio Qualità.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-
<b>STESURA PROTOCOLLI SU STEMI, UROSEPSI E GESTIONE PAZIENTE PSICHIATRICO IN DEA</b>	Tutti e tre i protocolli sono stati completati e redatti nei termini stabiliti.	<b>2</b>	<b>2</b>	-	-
<b>VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA DEL MINORE PER DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO – REVISIONE PROCEDURA</b>	La nuova procedura, denominata "PSdsm010 Valutazione psicodiagnostica del minore per Disturbo dello spettro autistico" che supera e rende obsolete le precedenti PSnpimvcn002 e PSnpimvcn003, è stata pubblicata sulla Intranet aziendale nei termini previsti dall'obiettivo.	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-

## Area: PROCESSI – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%	< 100% e ≥ 90%
<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'ASL CN2.</b>	Comunicazione del 08/8/2024 (prot. 48371 del 09/04/2024) con cui l'OIV dell'ASL CN2 comunica la valutazione positiva obiettivi budget 2023 con pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati	1	1	-
<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'AO S. CROCE E CARLE.</b>	Comunicazione del 25/03/2024, (Prot. 41258 del 25/03/2024) con cui la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV del S. Croce - ha comunicato le risultanze dell'obiettivo. La valutazione è stata definita dalla Direzione Generale ASL CN1 (*)	6	6	-
<b>AGGIORNAMENTO PROCEDURA GESTIONE INTERAZIENDALE DI ADOLESCENTI CON SCOMPENSO PSICHICO ACUTO</b>	È stata definita la procedura aziendale sullo SPA in accordo fra DSM e DMI. A seguire è stato siglato un accordo di sussidiarietà nell'ambito della gestione di adolescenti minori con scompenso psichico acuto a valore interaziendale fra ASL CN1 e AO S. Croce e Carle di Cuneo sempre fra DMI e DSM, definendo ulteriormente attività e competenze.	5	5	-
<b>COMPLETAMENTO FRONT-OFFICE AMMINISTRATIVO VETERINARIO INTEGRATO</b>	Sono stati attivati ed avviati gli sportelli integrati (front-office unico) anche presso le sedi territoriali di Cuneo e Saluzzo.	5	5	-
<b>COORDINAMENTO OPERATIVO CON IL DEU PER LA COPERTURA DEI TURNI DI SERVIZIO</b>	Collaborazione attiva con il DEU nella copertura dei turni di servizio.	1	1	-
<b>IMPLEMENTAZIONE DI UN SERVIZIO DI CONTATTO TELEFONICO TRA MMG/PLS E SPECIALISTI OSPEDALIERI E AMBULATORIALI</b>	Le strutture coinvolte hanno definito protocolli e tempistiche del progetto entro il mese di aprile 2023 e attivato lo stesso dal mese di maggio 2023.	7	7	-

## Area: PROCESSI – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO

<b>INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI</b>	Nel corso del 2023 è stata garantita l'attività integrata/vicariante del personale afferente alla Struttura in diversi ambiti: commissioni Medicina Legale, commissioni Igiene Pubblica/Ambiente, attività ambulatoriali e di attuazione dei programmi PLP.	7	7	-
<b>NOTIFICAZIONE EVENTI DI MAXIEMERGENZA</b>	Gli eventi di maxi-emergenza sono stati correttamente comunicati entro i termini stabiliti (entro 7 gg.)	1	1	-
<b>PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI</b>	I percorsi sono stati tutti definiti e attuati nei tempi previsti.	6	6	-
<b>INTEGRAZIONE SERVIZI VETERINARI</b>	il Personale della Struttura ha svolto le attività integrate e vicarianti secondo la pianificazione prevista dalla programmazione del PAISA 2023. Il servizio di pronta disponibilità è stato riorganizzato in un'unica area di Sicurezza Alimentare con il coinvolgimento dei Tecnici della Prevenzione SIAN e dei Servizi Veterinari.	4	4	-

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

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
FORMAZIONE RADIOPROTEZIONE	Tutti i corsi sono stati effettuati secondo la programmazione.	1	1
POOL AMMINISTRATIVI DI DIPARTIMENTO.	Le strutture coinvolte hanno dato attuazione al progetto, relazionato in merito al primo report delle attività svolte dal pool e provveduto ad inviare ulteriore report attestante le attività svolte.	4	4

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

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
INSTALLAZIONE NUOVA TAC PRESSO L'OSPEDALE DI SALUZZO	L'installazione della TAC presso l'Ospedale di Saluzzo è avvenuta nei termini previsti dall'obiettivo.	1	1
REALIZZAZIONE DELLA CAPPELLA PRESSO L'OSPEDALE DI MONDOVÌ	L'inaugurazione della Cappella è avvenuta a settembre 2023.	1	1
REALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI FISIATRIA PRESSO L'OSPEDALE DI SAVIGLIANO	La struttura di fisiatria presso i nuovi locali dell'Ospedale di Savigliano è stata attivata a settembre 2023.	1	1
REALIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DIALISI PRESSO L'OSPEDALE DI SALUZZO	I lavori sono iniziati secondo il programma stabilito.	1	1

### Area: TUTELA – Dimensione: PREVENZIONE

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE – PLP – PAISA	Tutte le Strutture hanno contribuito alla rendicontazione del PLP 2022 e all'attuazione delle attività previste. Il PAISA è stato rendicontato nei termini previsti, la programmazione è stata condivisa nel Dipartimento ed è stata attuata l'attività di controllo.	5	5
RADON	Tutte le attività di riprogettazione, collaborazione e formazione programmate, sono state svolte.	1	1
VIGILANZA E PRATICHE AUTORIZZATIVE RIGUARDO RADIAZIONI	Sono state soddisfatte le attività di collaborazione richieste dall'obiettivo.	1	1
ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE – PLP	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 2022 I dati di monitoraggio, propedeutici alla stesura della rendicontazione PLP, prevista per fine febbraio 2023, confermano il raggiungimento dell'obiettivo.	10	10
PUBBLICAZIONE NOMINATIVI DIRIGENTI E PREPOSTI AI SENSI DEL D. LGS. 81/2008 INTRANET AZIENDALE	Si è provveduto ad aggiornare i nominativi dei Dirigenti e dei Preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008 per le varie strutture aziendali, l'elenco è stato pubblicato sul sito intranet aziendale.	1	1

<b>REVISIONE E AGGIORNAMENTO MODULISTICA, ISTRUZIONI OPERATIVE E PROCEDURE DELLA MEDICINA DEL LAVORO</b>	Sono state revisionate ed aggiornate tutte le procedure e la modulistica relativa alla sorveglianza sanitaria che risultava obsoleta o che non riportava correttamente le informazioni sulle attività e modalità di contatto del servizio. In particolare sono state aggiornate le procedure e la modulistica relative alla sorveglianza sanitaria ex-D.L.gs. 81/08 e D.L.gs 101/00, alla prevenzione e gestione del rischio da agenti biologici, gravidanza, informazione e formazione, promozione della salute e stress lavoro correlato.	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>SITO INTRANET AZIENDALE DELLA S.C.I. MEDICINA DEL LAVORO – REVISIONE E AGGIORNAMENTO</b>	È stato revisionato ed aggiornato totalmente il sito INTRANET aziendale della SCI Medicina del Lavoro ed aggiunto informazioni e modulistica nel sito Intranet dedicato ai neoassunti per le parti di competenza. Anche il materiale informativo, le procedure e la modulistica relativa sono state aggiunte al sito INTRANET che è stato aggiornato per tutte le parti divenute, per ragioni normative o di prassi sopraggiunte, obsolete. In particolare sono state modificate ed aggiornate le seguenti aree: Procedure di accesso al servizio e sorveglianza sanitaria, agenti Biologici e COVID 19, Gravidanza e maternità, Informazione e Formazione, Promozione della Salute, Radiazioni Ionizzanti, stress lavoro-correlato, Informazioni per neo-assunti. Sono state verificate e lasciate invariate le parti che non necessitavano di revisione.	<b>1</b>	<b>1</b>

### Area: STAKEHOLDER – Dimensione: QUALITÀ PERCEPITA

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
<b>PROMOZIONE ED IMPLEMENTAZIONE ATTIVITÀ ODONTOIATRICA IN AMBITO PEDIATRICO</b>	Sono state organizzate le attività e definite delle linee guida attraverso la condivisione con i PLS con la produzione di materiale informativo per le scuole, nei termini stabiliti dall'obiettivo.	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>SITO INTERNET AZIENDALE – REVISIONE</b>	I contenuti revisionati ed aggiornati sono stati inseriti in modo completo ed approfondito sul nuovo sito.	<b>31</b>	<b>31</b>
<b>RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI STATI INVALIDANTI.</b>	L'attività è stata garantita su tutte le sedi, nel rispetto dell'obiettivo assegnato anche effettuando sedute di invalidità aggiuntive comprensive della giornata di sabato.	<b>1</b>	<b>1</b>

### Area: ECONOMIA – Dimensione: EQUILIBRIO FINANZIARIO

Obiettivo	Descrizione – Risultato atteso	Strutture totali	100%
<b>GESTIONE DEI CODICI BIANCHI</b>	Presenza della procedura e delle istruzioni operative e attivazione ambulatorio codici bianchi e verdi in orario diurno dal lunedì al sabato, dalle 08:00 alle 20:00.	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>IMPLEMENTAZIONE DI UN SERVIZIO DI CONSEGNA E RESTITUZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI DI PICCOLE DIMENSIONI</b>	Le strutture coinvolte hanno definito protocolli e tempistiche del progetto e attivato il servizio nei tempi stabiliti.	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>INTERVENTI DI RAZIONALIZZAZIONE APPROPRIATA NELL'USO DEI FARMACI E RICORSO AL COST SAVING</b>	Risultano raggiunte a livello aziendale le percentuali di cost saving per le molecole individuate.	<b>6</b>	<b>6</b>

<b>RISPETTO DEI LIMITI DI BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE</b>	La ripresa delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni della Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è quindi stato raggiunto. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati 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 ed agli incontri inerenti l'andamento delle spese e la completezza delle registrazioni inserite	<b>23</b>	<b>23</b>
<b>INTERVENTI VOLTI AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA</b>	In ogni Distretto sono state realizzate, entro la scadenza indicata sull'obiettivo, almeno due riunioni congiunte con i MMG, a livello di UMAD o di Equipes congiunte, nelle quali, anche con la partecipazione di specialisti ospedalieri e convenzionati, sono state discusse sia raccomandazioni/linee guida per l'appropriatezza prescrittiva in ambito specialistico (es presentazione Manuale RAO che peraltro è stato poi ritrasmesso a tutti i MMG ), sia le criticità evidenziate nelle analisi delle richieste effettuate dalle strutture e dalle direzioni sanitarie.	<b>29</b>	<b>29</b>
<b>RIDUZIONE DEGLI SCARTI E OTTIMIZZAZIONE SERVIZIO MENSA</b>	L'obiettivo è stato sospeso in corso d'anno per 20 strutture, le altre 5 hanno effettuato la formazione agli operatori per la sperimentazione per l'utilizzo del nuovo software per la prenotazione dei pasti somministrati ai degenti ed attivato il servizio nei tempi previsti.	<b>25</b>	<b>25</b>
<b>RIDUZIONE DEL NUMERO DELLE SEDI DECENTRATE</b>	Le azioni inserite nel cronoprogramma concordato con la Direzione Generale si sono concluse entro i termini previsti.	<b>5</b>	<b>5</b>

*(\*) Con riferimento all'obiettivo in esame, si specifica che il raggiungimento è stato definito dalla Direzione Generale dell'ASLCN1 con nota Prot. 76294 del 06/06/2024. In tale documento, l'Azienda ha comunicato alla Direzione Generale dell'AO S. Croce e Carle che in riferimento all'obiettivo "Raggiungimento obiettivi assegnati dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle" che implica una valutazione dell'OIV dell'Azienda Ospedaliera S. Croce su una scheda che, complessivamente, vale il 20% degli obiettivi assegnati al Direttore del Dipartimento Materno Infantile (D.M.I.) nel Budget 2023 dell'ASL CN1, si è ricevuta in data 25/03/2024 Prot. 41258, la comunicazione che riporta complessivamente un risultato di scheda AO S. Croce pari al 73%, a causa della percentuale di raggiungimento, pari al 22.50%, riferita all'obiettivo "Prosecuzione della collaborazione tra le Strutture del Dipartimento Interaziendale Materno Infantile e quelle del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale per la gestione dei ricoveri di bambini e adolescenti con compenso psichico acuto".*

*In merito si è osservato che il medesimo obiettivo coinvolgeva e richiedeva condivisione con il Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale per cui l'obiettivo è pienamente raggiunto; del resto la valutazione è richiesta con parere delle Direzioni Strategiche di entrambe le Aziende. L'ASL CN 1 ha più volte espresso parere positivo sul funzionamento del PDTA in questione e con nota Prot. 50994 del giorno 11/04/2024 ha chiesto spiegazione del mancato raggiungimento, illustrando tutti gli aspetti a favore del pieno risultato ottenuto. Poiché l'AO S. Croce e Carle non ha mai fatto pervenire riscontri né rilievi a quanto proposto nella suddetta nota, la Direzione dell'ASLCN1, facendo riferimento all'art. 14 del D.lgs. 150/2009 comma 4 lettera e) e della conseguente proposta quale indicazione di valutazione dell'OIV dell'AO S. Croce, tenuto conto inoltre che la retribuzione di risultato del Direttore del D.M.I. è definita comunque nei fondi dell'ASL CN1, ha quindi stabilito di considerare l'obiettivo in questione raggiunto al 100%.*

### 3.4 La Performance Individuale

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

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

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

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

La valutazione è diretta alla verifica degli obiettivi prestazionali, dei fattori qualitativi e comportamentali (graduati in una scala di giudizio da 1 a 5).

3. Scheda di valutazione dei 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.

3. 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 2023, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane, con apposita nota protocollata il 23 aprile 2024 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 2023 e ratificati dall'Organismo Indipendente di Valutazione e, a seguire, dalla Direzione Generale che ne ha confermato il giudizio attraverso la deliberazione n. 141 del 19/04/2023 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2023 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 30 maggio 2024.

Per quanto riguarda la scheda “SV”, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane ha trasmesso, con apposita nota protocollata il 23 aprile 2024, 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 2023 per la valutazione a consuntivo della performance individuale.

La medesima S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane con comunicazione del 29 aprile 2024 ha richiesto la compilazione delle schede di valutazione per il 2023 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 30 maggio 2024.

Di seguito si presentano i dati emersi al termine del processo di valutazione della performance individuale relativa all’anno 2023 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.

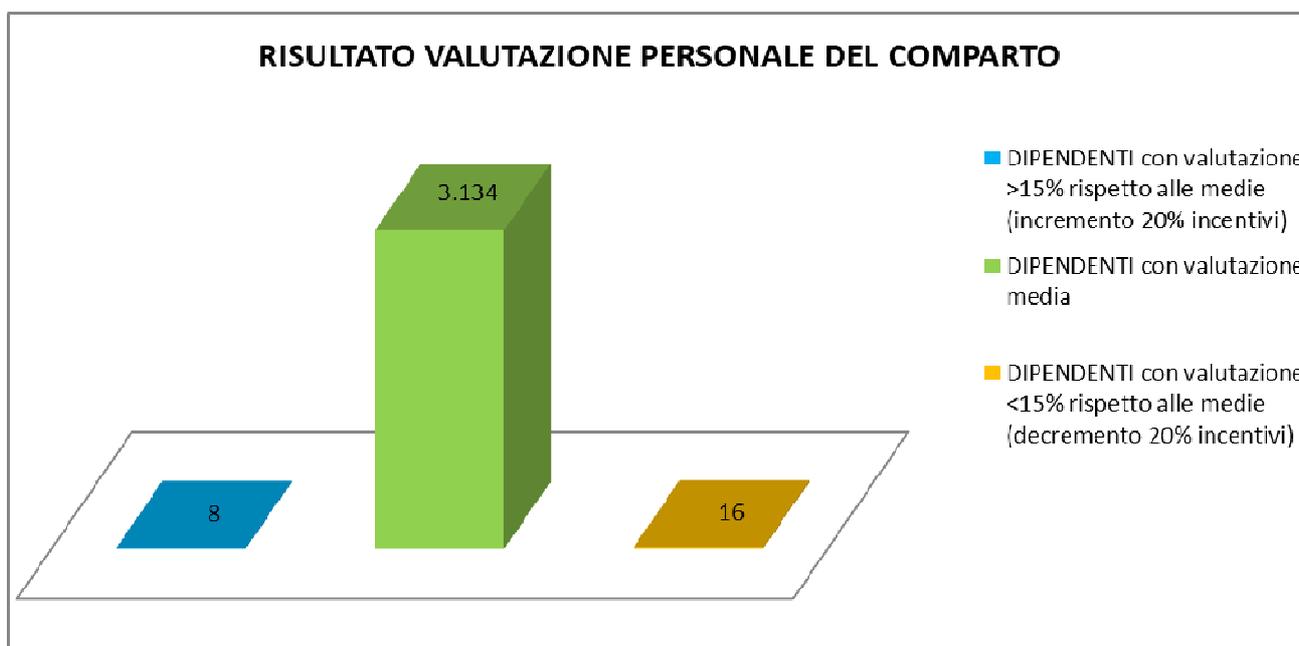
<b>Riepilogo valutazione comparto 2023</b>	
dipendenti complessivi comparto	<b>3.216</b>
dipendenti valutati	<b>3.158</b>
<i>di cui dipendenti che non hanno accettato valutazione</i>	<b>5</b>
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	<b>58</b>

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

Dipendenti con valutazione >15% rispetto alla media (incremento 20% incentivi)	<b>8</b>
Dipendenti con valutazione <15% rispetto alla media (decremento 20% incentivi)	<b>16</b>
Dipendenti con valutazione media	<b>3.134</b>

<b>Riepilogo valutazione titolari di incarico di funzione 2023</b>	
<i>dipendenti complessivi</i>	<b>224</b>
<i>dipendenti valutati</i>	<b>222</b>
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	<b>2</b>
dipendenti che non hanno accettato valutazione	<b>1</b>
dipendenti con valutazione negativa (<65)	<b>0</b>

Per quanto attiene ai progetti quantitativi trasversali, nel 2023 i beneficiari sono stati nel complesso **703** per un ammontare complessivo di **€ 521.397,89** a fronte di un orario aggiuntivo dedicato pari a **n. 23.798,22 ore** complessive.



### 3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2023– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali

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

Nel primo caso, la valutazione della performance avviene mediante la compilazione della scheda di valutazione integrata (SVI) che consente di acquisire elementi utili sia per l'attribuzione della quota economica relativa alla retribuzione di risultato, sia per le verifiche di competenza del

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

Di seguito si presentano i risultati ottenuti a seguito del processo di valutazione della performance tramite compilazione delle schede SVI e SV, suddivisi in base all'area di appartenenza del dirigente: Area Sanità e Area delle Funzioni Locali.

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

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

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

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

<b>DESCRIZIONE FATTORI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI (valutazione da 1 a 5)</b>	
<b>UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE</b>	Conoscenza e utilizzo efficace delle risorse disponibili. Adozione di comportamenti finalizzati al miglioramento dell'efficienza. Contributo alla riduzione dei costi evitando impatti negativi sulla qualità delle prestazioni. Promozione di atteggiamenti corretti
<b>AUTONOMIA OPERATIVA</b>	Competenza professionale. Assunzione di responsabilità e capacità decisionale. Conoscenza del contesto operativo e organizzativo. Autocontrollo e controllo delle attività connesse alle funzioni affidate. Gestione razionale del proprio tempo di lavoro
<b>CAPACITA' INNOVATIVA</b>	Disponibilità al cambiamento e senso di adattamento. Capacità di analisi e soluzioni dei problemi. Creatività applicativa. Gestione e promozione delle innovazioni tecnologiche e organizzative.
<b>CONOSCENZE TECNICHE E TECNOLOGICHE</b>	Formazione di base e specialistica. Esperienza nel/i settore/i di competenza. Addestramento specifico e stages professionali seguiti. Propensione per la ricerca e sperimentazione.

<b>DISPONIBILITA' ALL'AGGIORNAMENTO E ALL'AFFIANCAMENTO</b>	Impegno nell'aggiornamento professionale. Applicazione diffusione del conosciuto/appreso. Capacità di guida e supporto nei confronti di altri operatori. Attività didattica e di docenza, impegno come formatore sia in ambito aziendale che extra-aziendale. Frequenza e rilevanza delle pubblicazioni e/o dei contributi in qualità di relatore a convegni, congressi, seminari, etc.
<b>RISPETTO DEI CODICI DI COMPORTAMENTO (NELL'OTTICA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN ATTUAZIONE DEI PRINCIPI DI TRASPARENZA ED INTEGRITA')</b>	Coerenza ideologica ed operativa con i principi deontologici specifici della professione di appartenenza. Osservanza del codice di comportamento dei dipendenti della pubblica amministrazione (Decreto 30.03.94). Rispetto delle direttive di Struttura e dei regolamenti aziendali.
<b>APPLICAZIONE DI PROCEDURE E LINEE GUIDA AZIENDALI</b>	Aderenza dei comportamenti professionali alle linee guida. Rispetto delle procedure e dei protocolli. Motivazione e incentivazione di colleghi e collaboratori al rispetto delle procedure. Collaborazione nella definizione di procedure e linee guida specifiche.
<b>RELAZIONI CON L'UTENZA INTERNA ED ESTERNA</b>	Capacità di ascolto e comprensione. Efficacia ed appropriatezza della comunicazione verbale scritta. Cortesia e disponibilità nei rapporti con l'utenza. Capacità di mediazione e gestione dei conflitti. Correttezza e professionalità nella trasmissione delle informazioni. Rispetto della privacy.
<b>CAPACITA' ORGANIZZATIVA RIFERITA ALLA PROPRIA ATTIVITA' E ALLE FUNZIONI ASSEGNATE</b>	Competenza nel pianificare, gestire e valutare le risorse (umane, tecniche, economiche) affidate. Ottimizzazione dei tempi in relazione alle attività svolte e agli obiettivi da raggiungere. Capacità di previsione. Abilità nel ricercare soluzioni alternative in situazioni impreviste ed urgenti.
<b>RELAZIONI FUNZIONALI CON COLLEGHI E COLLABORATORI ANCHE DI ALTRE STRUTTURE</b>	Atteggiamento collaborativo nelle attività di gruppo. Accettazione della critica e della valutazione da parte di responsabili e dei pari. Efficacia delle relazioni intraprese. Contributo alla soluzione dei conflitti. Capacità di ottenere consenso e credibilità. Disponibilità a promuovere attività inter e multi professionali anche tra Strutture diverse.

### AREA SANITÀ:

**Dirigenti medici e veterinari (n. 495 valutati)**

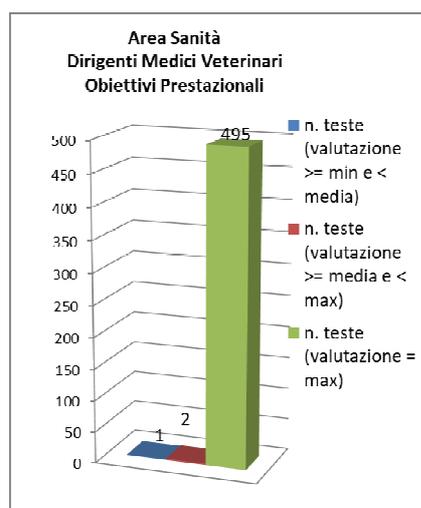
### OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

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

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

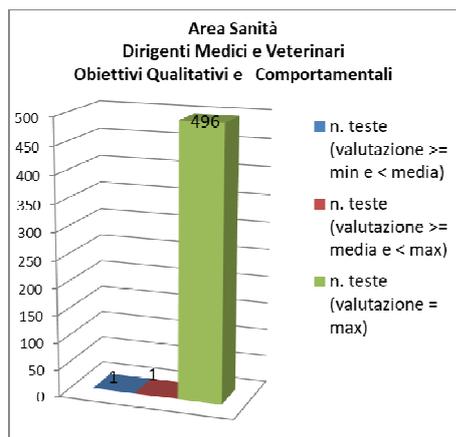
n. teste (valutazione  $\geq$  media e  $<$  max) = 2

n. teste (valutazione = max) = 495



**OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:**

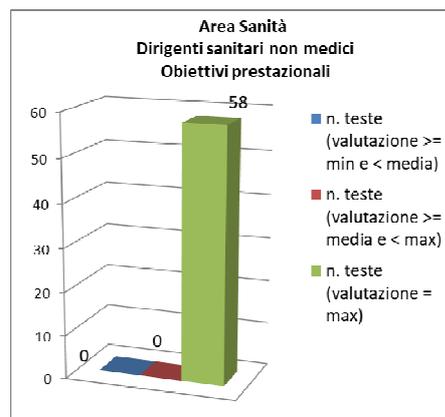
Valore Minimo (min) = 68,35  
 Valore Massimo (max) = 100,00  
**Valore Medio (media) = 84,18**  
 n. teste (valutazione >= min e < media) = 1  
 n. teste (valutazione >= media e < max) = 1  
**n. teste (valutazione = max) = 496**



**Dirigenti sanitari non medici (n. 58 valutati)**

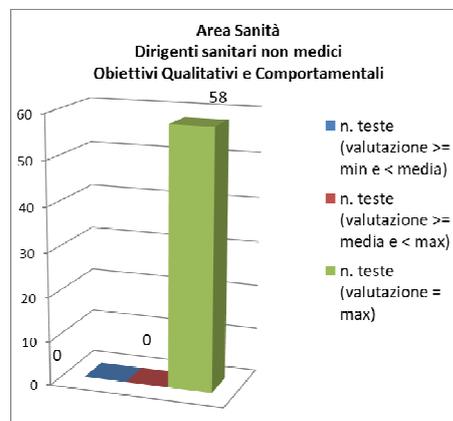
**OBIETTIVI PRESTAZIONALI:**

**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**  
 n. teste (valutazione >= min e < media) = 0  
 n. teste (valutazione >= media e < max) = 0  
**n. teste (valutazione = max) = 58**



**OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:**

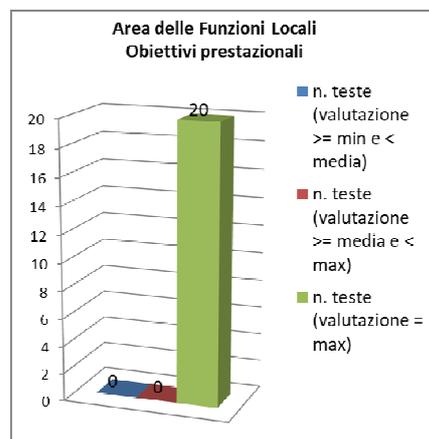
**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**  
 n. teste (valutazione >= min e < media) = 0  
 n. teste (valutazione >= media e < max) = 0  
**n. teste (valutazione = max) = 58**



**AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 20 dirigenti valutati)**

**OBIETTIVI PRESTAZIONALI:**

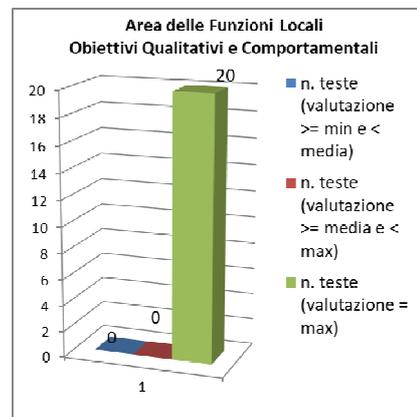
**Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%**  
 n. teste (valutazione >= min e < media) = 0  
 n. teste (valutazione >= media e < max) = 0  
**n. teste (valutazione = max) = 20**



### OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORAMENTALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%

n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	=	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>20</b>



### Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate

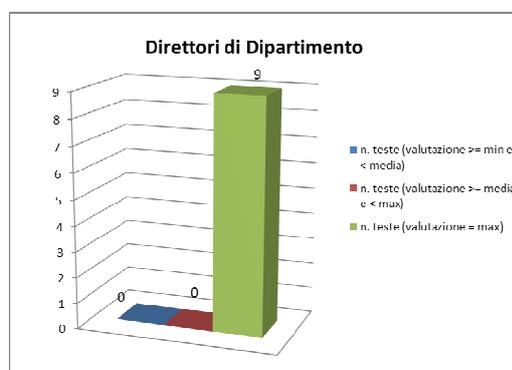
Di seguito si presenta la tabella contenente la descrizione dei fattori presenti all'interno della SV sui quali viene effettuata la valutazione; infine verificando i valori indicati nelle Schede di Valutazione (SV), utilizzate per la valutazione dei Direttori-Responsabili di Struttura e di Dipartimento,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

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

### Direttori di Dipartimento (n. 9 direttori valutati)

Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%

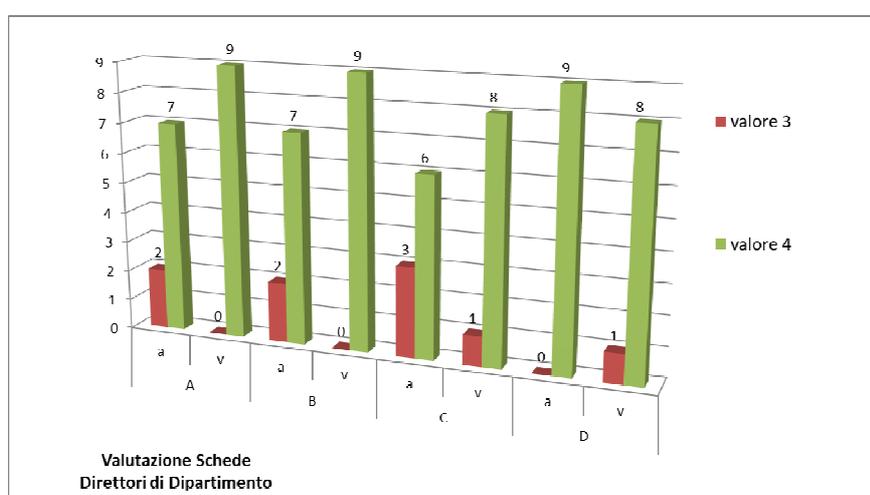
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	=	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	=	0
<b>n. teste (valutazione = max)</b>	=	<b>9</b>



### Valutazioni schede Direttori di Dipartimento

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	A	v	a	v
valore 3	2	0	2	0	3	1	0	1
valore 4	7	9	7	9	6	8	9	8
<b>totale teste</b>	<b>9</b>							

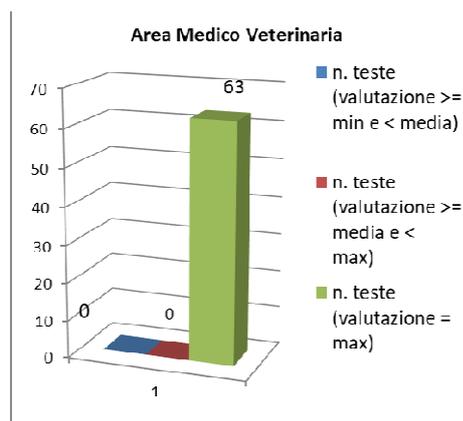
Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



### AREA SANITÀ:

**Direttori/responsabili medici e veterinari (n. 63 valutati)**

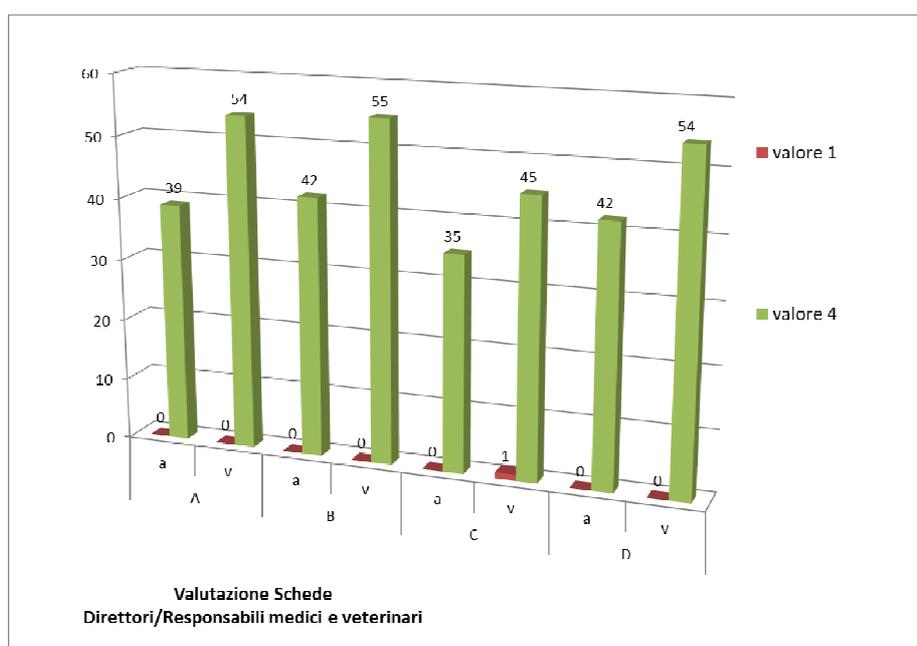
**Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%**  
 n. teste (valutazione  $\geq$  min e  $<$  media) = 0  
 n. teste (valutazione  $\geq$  media e  $<$  max) = 0  
 n. teste (valutazione = max) = 63



### Valutazioni schede Direttori/Responsabili medici e veterinari

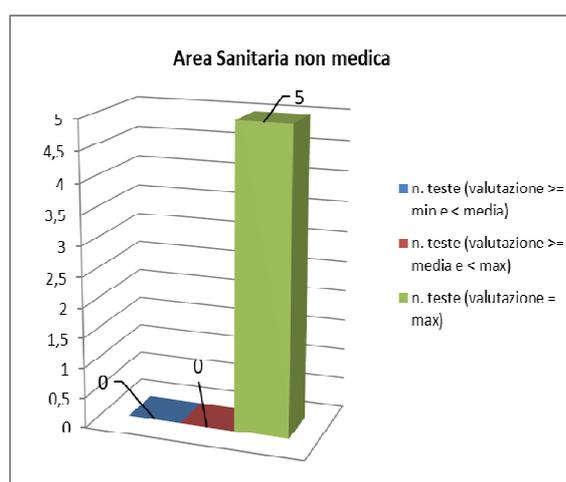
	A		B		C		D	
	a	v	a	V	a	v	a	v
valore 1	0	0	0	0	0	1	0	0
valore 2	0	0	0	0	1	0	0	0
valore 3	24	9	21	8	27	17	21	9
valore 4	39	54	42	55	35	45	42	54
<b>totale teste</b>	<b>63</b>							

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



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

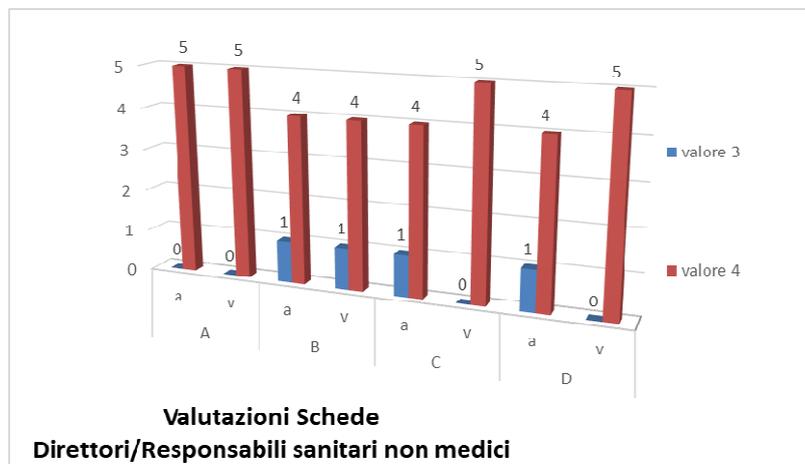
**Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%**  
n. teste (valutazione  $\geq$  min e  $<$  media) = 0  
n. teste (valutazione  $\geq$  media e  $<$  max) = 0  
n. teste (valutazione = max) = 5



### Valutazioni schede Direttori/Responsabili non medici

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

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



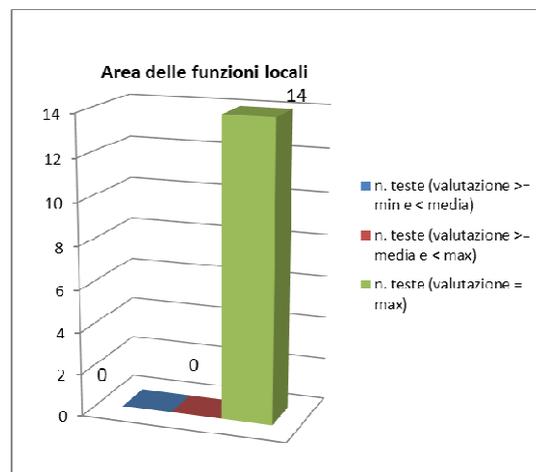
### AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 14 direttori/responsabili valutati)

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

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

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

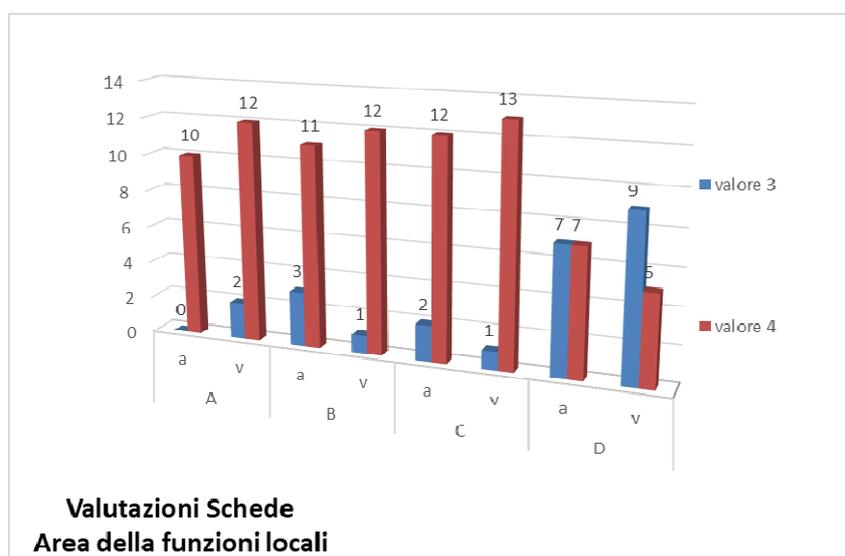
n. teste (valutazione = max) = 14



### Valutazioni schede Area delle funzioni locali

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
Valore 2	0	0	0	1	0	0	0	0
valore 3	4	2	3	1	2	1	7	9
valore 4	10	12	11	12	12	13	7	5
<b>totale teste</b>	<b>14</b>							

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



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

#### 3.5.1 Trasparenza

In materia di attuazione degli obblighi di trasparenza si richiama la deliberazione del Direttore Generale n. 105 del 6 marzo 2023 di adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) 2023-2025 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” della sezione dedicata alla prevenzione della corruzione del PIAO, 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 2023:

Sono stati pubblicati i dati su "Amministrazione Trasparente" entro il 31 luglio 2023; 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. 203 del 17 maggio 2023;

è stato effettuato il successivo monitoraggio entro il 10 dicembre 2023, secondo le indicazioni fornite dall'ANAC con delibera n. 203 del 17 maggio 2023, anche se non sono state necessarie ulteriori verifiche, da parte dell'OIV, in quanto in sede di controllo sul corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione, attestato il 19 luglio 2023, non erano emerse delle criticità;

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.

A sostegno della promozione dell'integrità nel Sistema Sanitario pubblico, l'ASL CN1 ha ritenuto opportuno aderire alla "Giornata della Trasparenza 2023" organizzata dai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della Giunta regionale e del Consiglio regionale del Piemonte e dell'Università degli Studi di Torino, in collaborazione con l'Autorità Nazionale Anticorruzione, intitolata "Semplificare, Integrare, Digitalizzare", che si è tenuta, presso il Rettorato dell'Università di Torino, in data 9 marzo 2023. Dal momento che l'iniziativa poteva essere fruita anche da remoto, grazie alla collaborazione dell'Ufficio Stampa, è stata trasmessa, a tutte le caselle personali dei Dipendenti e Convenzionati dell'Azienda, il comunicato con il programma e le modalità tecniche di accesso.

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%

Anno 2023 pari a 10,16%

### 3.5.2 Prevenzione della Corruzione

Nel corso del 2023 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<sup>a</sup> 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 integrato con una ulteriore 5<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> 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 e ancora integrata dalla deliberazione n. 109 del 06/04/2022. L'Atto Aziendale è stato nuovamente integrato con una ulteriore 7<sup>a</sup> variante, deliberata il 30/11/2022 dal Direttore Generale con provvedimento n. 394, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n. 8-6523 del 20/02/2023 e integrato con un'ultima 8<sup>a</sup> variante, deliberata con provvedimento n. 129 del 03/03/2023, integrata dalla deliberazione n. 184 del 22/05/2023 e recepita dalla Regione Piemonte con DGR n. 6-7419 del 04/09/2023.

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 105 del 06/03/2023 è stato adottato, previo espletamento della procedura di consultazione pubblica degli stakeholder interni ed esterni, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2023-2025, parte integrante del PIAO 23-25. 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 2023 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 2023 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 2023 alcune Strutture hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi e anche nel 2024 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 161 processi e 510 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 2023, le Strutture aziendali coinvolte in bandi e contratti con riferimento agli interventi finanziati con Fondi PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) hanno svolto attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo, attraverso il sistema informativo ReGis messo a disposizione dalla Ragioneria Generale dello Stato, in base alle prescrizioni dettate dai Regolamenti Europei, a partire dal Regolamento EU 2021/241 e dalle disposizioni Nazionali e Regionali in materia.

In particolare, nell'ambito della "Missione 6 Salute", le check-list e le verifiche condotte in ReGis riguardano: la regolarità amministrativo-contabile; la corretta individuazione del Titolare effettivo – normativa antiriciclaggio; l'assenza di conflitto di interessi; l'osservanza del divieto di doppio finanziamento; il rispetto degli ulteriori requisiti del PNRR connessi alla misura a cui è associato il Progetto – "Milestone e Target"; l'adempimento del principio del DNSH (Do No Significant Harm) e l'ottemperanza di principi trasversali del PNRR.

### 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 2023, entrata a far parte degli obiettivi del budget 2023, 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 integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO 2024-2026 dell'ASL CN1, che fotografa la situazione delle attività analizzate in Azienda al 31/12/2023.

### 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

Dal 2014 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**", ciascuno della durata di 6 ore e mezza 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 **corsi anticorruzione per lo specifico settore degli appalti** e formati un totale **127** dipendenti.

In particolare nel 2023 in ambito di appalti l'Azienda ha organizzato due corsi base 131-20230329 intitolati "**formazione base sui contratti pubblici: dal D. Lgs. 50/2016 verso il nuovo codice appalti**", che è stato completato da **52** operatori, ed un corso 131-20230470 di "**approfondimento**

**sugli istituti in materia di appalti pubblici”** concluso da **19** partecipanti.

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.

Il pacchetto completo è stato nuovamente riproposto nel 2022, ed 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 l’evento 131-41102 sulla **“Gestione del Conflitto di interessi in ambito sanitario”**, è stato concluso da **392** iscritti.

Considerate le nuove assunzioni, anche nel 2023 si è ritenuto opportuno ripresentarli interamente. Il Servizio di Formazione ha pertanto provveduto ad iscrivere d’ufficio sia i neo assunti sia i dipendenti che non avevano ancora partecipato a detti eventi negli anni precedenti. Il pacchetto, sempre della durata di 5 ore per ogni evento, è stato fruibile dall’1/03/2023 al 30/11/2023. Il primo corso 131-43250 sulla **“Gestione del Conflitto di interessi in ambito sanitario”**, è stato concluso da **1498** iscritti; mentre il secondo evento 131-43251 **“Il conflitto di interessi nelle attività di controllo, vigilanza, ispezioni, sanzioni nel Dipartimento di Prevenzione”**, è stato completato da **58** partecipanti.

Cosicché in quattro anni, in materia di Conflitto di interessi, sono stati formati in totale **3.159** 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.

Si precisa che il **“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”**, di cui al DPR 16 aprile 2013, n. 62, e il **“Codice di comportamento aziendale”** adottato ai sensi dell’art. 54 d.lgs. 165/2001 e della delibera CIVIT n. 75/2013, con deliberazione n. 515 del 20/12/2013, modificato il 31 gennaio 2017 con la deliberazione del Direttore Generale (DDG) n. 28 è stato aggiornato, nel 2023, alla luce delle nuove disposizioni introdotte dal DPR 13 giugno 2023, n. 81.

## 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 01/11/2022 – 31/10/2023, emerge quanto segue:

<b>Segnalazioni ricevute dall'UPD nel periodo 01/11/2022– 31/10/2023</b>	10
archiviazioni disposte all'esito del procedimento disciplinare:	//
procedimenti disciplinari <u>non avviati per insussistenza della condotta segnalata</u> : art. 72, c. 4, lett. a) del CCNL del 19/12/2019 per <i>"inosservanza delle disposizioni di servizio"</i>	2
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 84, c. 3, lett. a) del CCNL del 02/11/2022: una multa pari a 2 ore di retribuzione per <i>"inosservanza delle disposizioni di servizio"</i>	1
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 72, c. 8, lett. h) del CCNL del 19/12/2019: una sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per 5 giorni per <i>"comportamenti omissivi – mancato rispetto dei compiti di vigilanza"</i>	1
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 72, c. 4, lett. b) del CCNL del 19/12/2019: una multa di € 200,00 per <i>"comportamento non corretto nei confronti dei colleghi"</i>	1
procedimenti sospesi ex art. 55 ter del D.lgs. 165/2001 e s.m.i.	3
procedimenti in corso di istruttoria al 31/10/2023	2
pratiche trasmesse per competenza ai Direttori di struttura	//

Nell'ultimo periodo considerato si osserva una sostanziale invarianza dei numeri delle segnalazioni di illeciti disciplinari ricevute dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) nei confronti del **personale dipendente** rispetto all'anno scorso: infatti le segnalazioni arrivano a 10 rispetto alle 11 del 2022. Anche se a partire dal 2021 si è registrato un aumento di segnalazioni: quattro 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, se pur 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 Direttori/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 01/10/2022 – 30/09/2023:

<b>Monitoraggio attuazione codice di comportamento</b>	<b>2023</b>
Dichiarazioni scritte di avvenuta restituzione/rifiuto di regali o altre utilità (art. 4 Cod. Comp.)	0
Comunicazioni di adesione o appartenenza ad associazioni/organizzazioni i cui ambiti di interesse possono interferire con l'attività (art. 5 Cod. Comp.)	2
Comunicazioni interessi finanziari e conflitto di interesse all'atto dell'assegnazione all'ufficio (art. 6 Cod. Comp.)	0
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	309
Segnalazioni/reclami da parte di utenti che lamentano un inadeguato comportamento in servizio nei confronti del personale dipendente o convenzionato	145
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 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 e l'etica 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, molti Direttori e Responsabili ritengono che, al fine di sensibilizzare il personale sui temi dell'etica, dell'integrità e sul rispetto del Codice di comportamento, sia utile organizzare in maniera più assidua incontri di équipe e tra referenti oltre che riunioni Dipartimentali e nelle singole Strutture.

Infine, 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.

### **Reclami dei cittadini-utenti**

Il reclamo è una comunicazione formale di un disservizio, reale o percepito come tale, sottoscritta dalla persona direttamente interessata o altro soggetto (famigliare, associazione...), che richiede una risposta.

Nell'anno 2023 i reclami sono stati 83 con un trend crescente negli ultimi quattro anni.

I reclami sono pervenuti prevalentemente tramite email o scheda di segnalazione; altre modalità di presentazione delle istanze sono costituite da lettera e posta elettronica certificata. In più casi il reclamo è giunto direttamente a livello regionale e poi trasmesso alla sede URP aziendale. I reclami sono prevalentemente presentati da soggetti direttamente interessati dall'accaduto, in altri casi da un soggetto diverso (familiare o associazione).

Per quanto concerne la classificazione la maggior parte dei reclami riguarda aspetti tecnico - professionali (47) seguiti da quelli di carenze comunicative e comportamentali (16), da carenze organizzative (13) e da problematiche importanti legate ai tempi di attesa (6).

Le aree di maggiore criticità dove si concentra più di un reclamo sono i Distretti Sanitari, le Medicine d'urgenza di Savigliano e Mondovì, le strutture di Ortopedia di Savigliano e Mondovì, la Chirurgia Generale di Savigliano, la Medicina Fisica e Riabilitativa, la Medicina Specialistica e la Gestione Front Office.

### **Procedimenti disciplinari**

Nel 2023 si registra una lieve diminuzione 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 10, quindi in leggera diminuzione rispetto a quelle pervenute nel corso del 2022 che erano in totale 11.

## 4. Risorse, efficienza ed economicità

### 4.1 Le risorse finanziarie

L'ASL CN1 ha deliberato l'adozione del proprio bilancio consuntivo 2023 con atto n. 152 del 30 aprile 2024.

Il bilancio di esercizio presenta una perdita di 17,419 milioni di euro.

Il confronto fra i dati del Bilancio Consuntivo 2023 rispetto al 2022 mostra che i costi di produzione sono in aumento di 15,282 milioni di euro.

Codice Aggr	Descrizione Aggr	Cons 2023	Cons 2022	Variazione Assoluta	Variazione Relativa
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	861.665	846.382	15.282	1,81%

Fra le variazioni più significative, per i costi, si richiamano:

La voce B.1) "Acquisti di beni" presenta un aumento complessivo del 3,21%, pari a 3,044 milioni complessivi, rispetto al 2022, causato dall'andamento dei costi di cui alla voce B.1.A) "Acquisti di beni sanitari" (+4,06%), di cui medicinali per oltre 3 milioni di euro.

I costi di cui al conto 3100148 "Riaddebito dei prodotti farmaceutici con AIC in DPC acquistati dalla ASR capofila" presentano un incremento di 1,151 milioni di euro, pari al 7,48%.

La voce B.2.A) "Acquisti servizi sanitari" presenta un incremento del 2,77%, per 12,478 milioni di euro, dovuto principalmente alle variazioni apportate ai conti di mobilità.

La voce B.2.B) "Acquisti di servizi non sanitari" presenta una riduzione di 6,324 milioni di euro motivata dalla diminuzione dei costi per servizi di riscaldamento (conto 3101107, meno 2,05 milioni di euro) ed energia elettrica (conto 3101701, meno 4,56 milioni di euro).

La voce "Totale Costo del personale" presenta un incremento dell'1,73%, pari a 3,626 milioni di euro per l'applicazione di norme di legge o istituti contrattuali, senza che vi sia stato un incremento nel numero dei dipendenti. La mera applicazione del comma 330 dell'articolo 1 della legge 197 del 29 dicembre 2022 (che comporta il riconoscimento, ex lege, di un emolumento accessorio aggiuntivo una tantum a tutto il personale dipendente operante nell'ASL CN1), ha comportato un incremento di spesa di 2,4 milioni di euro. I restanti costi aggiuntivi derivano dall'applicazione dell'articolo 1 comma 293 legge 234/2021 (come integrato con articolo 1 comma 526 legge 197/2022 e articolo 11 comma 3 D.L. 34/2023 ss.mm.ii.), dalla ripartizione regionale fra le Aziende Sanitarie delle risorse di cui all'articolo 1 comma 526 legge 145/2018, dall'incremento dei fondi contrattuali ai sensi dell'articolo 11 D.L. 35/2019 come convertito in legge n. 60/2019, nonché dall'applicazione di altri istituti previsti dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro.

Il bilancio di previsione 2023 è stato oggetto di numerose elaborazioni, con comunicazioni formali dei dati alla Regione (acquisizione del dato dall'applicativo regionale), secondo le disposizioni ricevute, da febbraio a settembre 2023.

Con nota regionale prot. A1400B, N. Prot. 00002790 del 07/08/2023 avente ad oggetto: “D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070. Richiesta aggiornamento delle Previsioni aziendali a finire 2023 e trasmissione del format da utilizzare per la relazione aziendale sul Risultato Economico atteso” veniva richiesto alle ASR piemontesi di procedere alla trasmissione di un’attestazione.

L’ASL CN1 ha inviato l’attestazione richiesta con nota prot. 116030 del 08/09/2023, a firma della Direzione Generale e dei Dirigenti cui è stato affidato un budget economico.

L’ASL CN1 ha conformato il proprio operato alle direttive regionali, incrementando la propria produzione, per quanto possibile, come da riferimenti indicati nella DGR 9-7070 e secondo le comunicazioni regionali.

Con nota prot. 153676 del 28/11/2023 avente ad oggetto: “Previsioni aziendali a finire 2023” sono stati inviati altri riscontri, nonché l’esito delle azioni del piano di razionalizzazione-efficientamento per l’esercizio 2023.

L’invecchiamento della popolazione, l’incremento della cronicità e il progresso tecnologico (che assicura terapie più efficaci, ma più costose), richiedono l’innesto di nuove risorse, l’adeguamento dei modelli assistenziali (es. DM 77/2022, Missione 6 PNRR) e, nel tempo, comporteranno la necessità di una ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza da garantire ai cittadini.

Per l’anno 2024 il Fondo Sanitario Nazionale è stato incrementato di 3 miliardi di euro; ad oggi queste risorse non sono ancora accertabili fra i contributi delle ASR del Piemonte, in attesa dei provvedimenti nazionali (intesa Stato-Regioni e conseguente decreto ministeriale).

### **I fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico del personale – anno 2023**

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. 289, n. 290 e n. 291 del 15/09/2023, è stato quantificato in via provvisoria l’ammontare dei fondi contrattuali per l’anno 2023, sia per il Personale del Comparto che per la Dirigenza Area Sanità.

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 2023 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 2023, come definiti con i citati provvedimenti n. 289, n. 290 e n. 291 del 15/09/2023.

<b>DIRIGENZA AREA SANITA'</b>	
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DEGLI INCARICHI - ART.94 CCNL 19/12/2019 – UNICO DAL 01/01/2020, AI SENSI DEI COMMI 1 E 2 DEL MEDESIMO ARTICOLO	
Totale fondo	14.567.374,67
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	2.312.230,28
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	6.336.414,80
<b>TOTALE FONDI</b> come da Delib. 289/2023	<b>23.216.019,75</b>

<b>AREA DIRIGENZA FUNZIONI LOCALI</b>	
FONDO RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ART.90 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	744.085,26
FONDO RETRIBUZIONE DI RISULTATO E ALTRI TRATTAMENTI ACCESSORI ART 91 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	481.713,77
<b>TOTALE FONDI</b> come da Delib. 290/2023	<b>1.225.799,03</b>

<b>PERSONALE DEL COMPARTO</b>			
Descrizione	Fondo art.103 CCNL 02/11/2022 (premierità e condizioni di lavoro)	Fondo art.102 CCNL 02/11/2022 (incarichi, progressioni economiche e indennità professionali)	<b>TOTALE FONDI 2023</b>
Fondi come da Delib. 291/2023	13.567.099,95	10.623.864,04	<b>24.190.963,99</b>

Per quanto concerne la ripartizione della retribuzione di risultato, l'Azienda ha provveduto alla definizione dei relativi budget per l'anno 2023 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 2023 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.

## RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2023

### Allegato 1 – budget risultato 2023 - dirigenti medici e veterinari

Struttura	Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente	Orario negoziato per obiettivi prestazionali	Budget dirigenti non responsabili di struttura
S.C. Anatomia Patologica Mondovì	3,00	310,00	27.600,00
S.C. Anestesia e Rianimazione Mondovì	13,50	2.430,00	182.850,00
S.C. Anestesia e Rianimazione Savigliano	11,46	1.646,00	133.135,00
S.C. Cardiologia Mondovì	11,67	1.302,78	113.166,67
S.C. Cardiologia Savigliano	12,00	1.516,91	127.014,67
S.C. Chirurgia Generale Mondovì	13,54	1.476,98	129.244,00
S.C. Chirurgia Generale Savigliano	13,63	1.495,00	130.575,00
S.C. Diabetologia Territoriale	5,46	500,77	46.468,33
S.C. Direzione Sanitaria Mondovì	1,00	116,67	10.000,00
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano	2,21	282,18	23.573,34
S.C. Distretto nord-est	2,75	229,17	22.000,00
S.C. Distretto nord-ovest	2,08	208,33	18.750,00
S.C. Distretto sud-est	0,58	57,36	5.191,67
S.C. Distretto sud-ovest	3,00	369,17	31.150,00
S.C. Fisiopatologia Respiratoria Saluzzo	6,00	725,00	61.500,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Mondovì	5,00	525,00	46.500,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	3,00	360,75	30.600,00
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale	19,50	2.620,00	212.450,00
S.C. Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche	15,55	1.814,17	155.500,00
S.C. Lungodegenza	4,00	466,67	40.000,00
S.C. Maxiemergenza 118	2,17	241,94	21.016,67
S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì	6,17	719,44	61.666,67
S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano	4,00	466,67	40.000,00
S.C. Medicina Fisica e riabilitazione area Nord	11,00	1.067,10	96.949,36
S.C. Medicina Interna Ceva	5,37	626,11	53.666,67
S.C. Medicina Interna Mondovì	5,25	612,50	52.500,00
S.C. Medicina Interna Saluzzo	7,13	831,25	71.250,00
S.C. Medicina Interna Savigliano	7,67	894,44	76.666,67

S.C. Medicina legale	5,42	722,22	59.588,33
S.C. Nefrologia Dialisi Mondovì	8,08	848,75	75.175,00
S.C. Neurologia Mondovì	4,17	486,11	41.666,67
S.C. Neurologia Savigliano	3,58	487,50	40.000,00
S.C. Neuropsichiatria infantile	8,04	871,18	76.395,83
S.C. Neuroriabilitazione Fossano	1,25	145,83	12.500,00
S.C. Oculistica Savigliano	4,74	466,26	42.200,83
S.C. Oncologia Area Nord	4,58	453,35	40.951,04
S.C. Ortopedia e Traumatologia Mondovì	4,83	572,50	47.850,00
S.C. Ortopedia e Traumatologia Savigliano	10,50	1.207,42	103.945,00
S.C. Otorinolaringoiatria Savigliano	4,00	400,00	36.000,00
S.C. Pediatria Mondovì	5,00	575,00	47.500,00
S.C. Pediatria Savigliano	8,75	972,92	83.125,00
S.C. Presidio Multizonale Profilassi e Polizia Veterinaria	1,00	116,67	10.000,00
S.C. Psichiatria area NORD	7,80	715,00	66.300,00
S.C. Psichiatria area SUD	8,58	869,04	76.200,00
S.C. Radiologia Mondovì	8,83	1.030,56	88.333,33
S.C. Radiologia Savigliano	10,13	1.181,25	101.250,00
S.C. S.I.A.N	4,00	466,67	40.000,00
S.C. S.I.S.P.	11,14	2.049,37	155.925,00
S.C. S.PRE.S.A.L	4,00	466,67	40.000,00
S.C. Sanità animale	47,55	5.546,54	475.500,00
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	6,58	548,60	52.666,00
S.C. Urologia Savigliano	6,00	700,00	60.000,00
S.C.I. Medicina Lavoro	2,25	356,25	28.125,00
S.S. Cardiologia Riabilitativa	2,50	279,17	24.250,00
S.S. Formazione e Sviluppo Competenze Qualità	0,50	48,83	4.250,00
S.S. Laboratorio Analisi	3,58	477,78	39.416,67
S.S. Medicina trasfusionale	5,00	775,00	61.500,00
S.S. Prevenzione rischio infettivo correlato assistenza	1,00	113,33	9.800,00
S.S.D. Ambiente, agenti fisici e radioprotezione	0,79	92,16	7.916,67
S.S.D. Continuità ass.le a valenza sanitaria	1,00	96,67	8.800,00
S.S.D. Coordinamento Emergenza Territoriale	11,60	1.239,97	107.710,42
S.S.D. Cure Palliative	4,00	375,83	34.550,00
S.S.D. Urologia Mondovì	1,67	194,44	16.666,67

## RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2023

### Allegato 2 - budget risultato 2023 - dirigenti sanitari

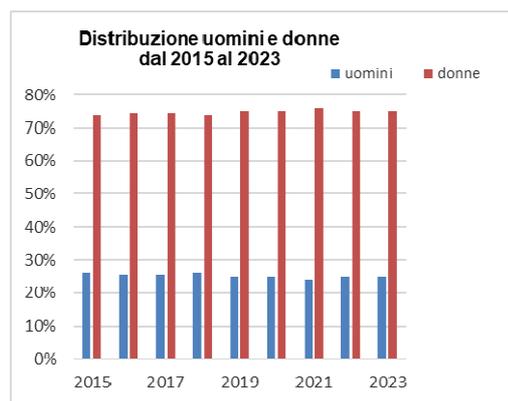
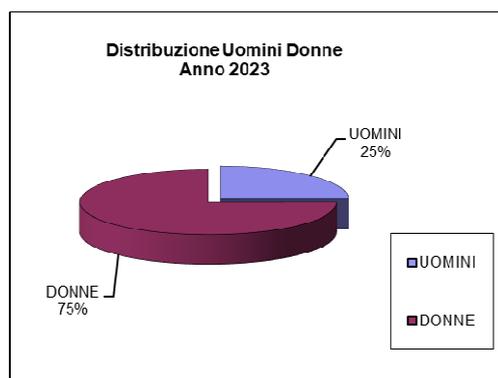
struttura	Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente	Orario negoziato per obiettivi prestazionali	Budget dirigenti non responsabili di struttura
S.C. Anatomia Patologica Mondovì	1,00	108,33	9.500,00
S.C. Farmacia ospedaliera	7,92	1.187,50	95.000,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	1,33	88,89	9.333,33
S.C. Neuropsichiatria infantile	8,23	60,78	60.926,42
S.C. Psichiatria area NORD	4,00	314,67	31.200,00
S.C. Psichiatria area SUD	1,70	136,00	13.260,00
S.C. S.I.A.N	1,92	127,78	13.416,67
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	4,16	318,77	31.600,00
S.C.I. Medicina Lavoro	2,00	133,33	14.000,00
S.S. Farmacia territoriale	3,00	235,00	29.400,00
S.S. Laboratorio Analisi	3,58	316,52	29.741,00
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	5,23	409,28	40.232,00
S.S.D. Consulenti famigliari	0,80	53,33	5.600,00

## 5. Pari opportunità

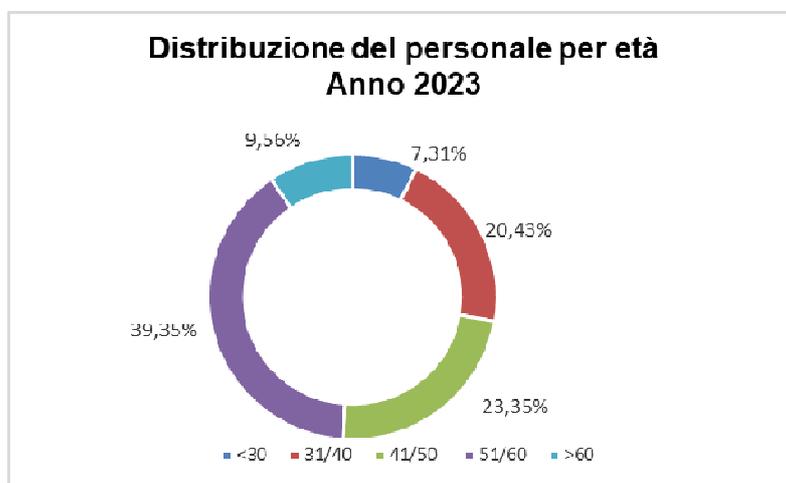
La relazione sulla situazione del personale, predisposta annualmente rappresenta il documento di consuntivazione, normativa previsto nell'ambito delle funzioni assegnate al Comitato Unico di Garanzia.

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.

Al 31 dicembre 2023, pertanto la **situazione del personale complessivo dipendente**, presenta la seguente **distribuzione di genere** e l'andamento nel periodo 2015-2023, come segue:



Al 31 dicembre 2023, la **situazione del personale dipendente**, suddivisa per **target di età** può essere rappresentata graficamente così:

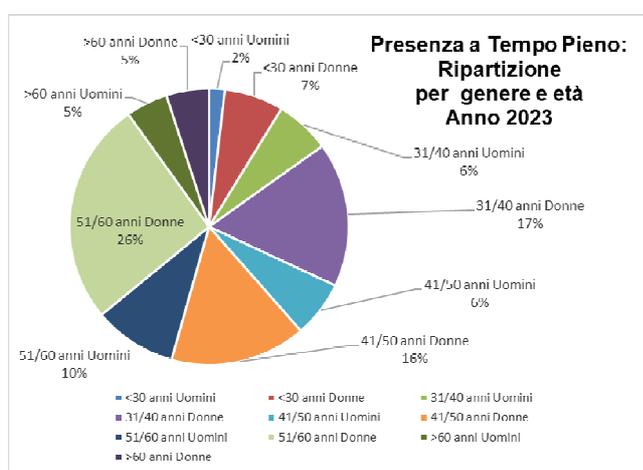
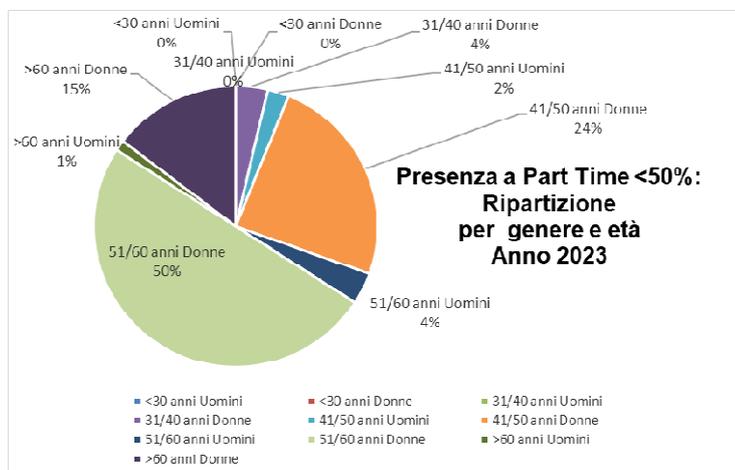


Seguono le ulteriori tabelle fornite, ai sensi della Direttiva vigente, dall'ufficio risorse umane sulla distribuzione del personale per genere e in particolare:

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

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 (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	52	7	123	64	26	272	27,93%	190	7	225	93	51	566	19,37%
Tra 3 e 5 anni	6		29	13	4	52	5,34%	29	1	108	34	18	190	6,48%
Tra 5 e 10 anni	1	2	30	19	9	61	6,26%	7	2	104	37	20	170	5,80%
Superiore a 10 anni	0	154	27	123	285	589	60,47%	0	200	151	528	1.122	2.001	68,35%
<b>Totale complessivo</b>	<b>59</b>	<b>163</b>	<b>209</b>	<b>219</b>	<b>324</b>	<b>974</b>	<b>100,00%</b>	<b>226</b>	<b>210</b>	<b>588</b>	<b>692</b>	<b>1.211</b>	<b>2.927</b>	<b>100,00%</b>
Totale %	6,06%	16,73%	21,46%	22,48%	33,27%	100%	-----	7,72%	7,17%	20,09%	23,75%	41,37%	100%	-----



**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 1.3 - 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 più la distinzione tra incarico di coordinamento e

posizioni organizzative, pertanto gli incarichi sono da considerarsi unicamente di funzione.

	UOMINI	DONNE	TOTALE
<b>incarichi comparto</b>	<b>54</b>	<b>161</b>	<b>215</b>
Totale personale dipendente	974	2.927	3.901
<b>% incarichi comparto su Tot. personale dipendente</b>	<b>5,54%</b>	<b>5,50%</b>	<b>5,51%</b>

**TABELLA 1.4 - 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	52	7	123	64	26	<b>272</b>	27,93%	190	7	225	93	51	<b>566</b>	19,37%
Tra 3 e 5 anni	6		29	13	4	<b>52</b>	5,34%	29	1	108	34	18	<b>190</b>	6,48%
Tra 5 e 10 anni	1	2	30	19	9	<b>61</b>	6,26%	7	2	104	37	20	<b>170</b>	5,80%
Superiore a 10 anni	0	154	27	123	285	<b>589</b>	60,47%	0	200	151	528	1.122	<b>2.001</b>	68,35%
<b>Totale complessivo</b>	<b>59</b>	<b>163</b>	<b>209</b>	<b>219</b>	<b>324</b>	<b>974</b>	100,00%	<b>226</b>	<b>210</b>	<b>588</b>	<b>692</b>	<b>1.211</b>	<b>2.927</b>	100,00%
Totale %	6,06%	16,73%	21,46%	22,48%	33,27%	100%	-----	7,72%	7,17%	20,09%	23,75%	41,37%	100%	-----

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

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

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

Il Ciclo di gestione della Performance 2023 si è aperto con l'approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), sezione Piano della Performance, ed 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 25/01/2023, 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 26 febbraio 2023 per far pervenire le relazioni alla S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi. Nel corso dei primi mesi dell'anno 2024, quindi la Struttura ha istruito la documentazione

necessaria alla valutazione, raccogliendo la documentazione man mano pervenuta e predisponendo le schede da sottoporre all'OIV, che vengono estratte dalla procedura informatica di gestione del budget. Tali documenti contengono integralmente la scheda di budget firmata dai Responsabili delle strutture e a fianco di ogni obiettivo vengono riportati i risultati espressi dai Referenti aziendali, come indicazioni che poi vengono sottoposte all'OIV.

Nelle sedute del giorno 11/03/2024 e 26/03/2024, 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 141 del 19/04/2024, l'Azienda come di consueto ha avviato la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del comparto, attraverso gli strumenti che sono descritti nel SMVP.

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

La Relazione sulla Performance è stata redatta dalla S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi 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 ed il Responsabile Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La Relazione viene adottata con apposita deliberazione della Direzione Generale entro il 30/06/2024 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 2023. 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 2024.

Nell’ottica di armonizzare i contenuti della performance con le tematiche della trasparenza e dell’anticorruzione, nel corso del 2023 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 2023”, trasmesso in data 24/04/2024 Prot. 56583 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.

La riorganizzazione tutte le attività che erano state interrotte, con l’attenzione posta al contenimento dei costi e al recupero delle prestazioni al fine di poter offrire la miglior risposta possibile all’utenza, confluisce con il raggiungimento degli obiettivi ed è quindi riscontrato nell’attenzione e nell’impegno di ogni Struttura.

Le 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. 141 del 19/04/2024 “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2023 da parte delle strutture dell’ASL CN1”;
- Verifica Finale Budget 2023 – Obiettivi per struttura;
- Relazione annuale 2023 attività del CUG.