



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASL CN1

ANNO 2025

“Non vi è niente di più difficile da valutare di un fatto”.

Alexis de Tocqueville

Premessa: perché e come ci raccontiamo

La valutazione è un processo sistematico di raccolta e analisi di informazioni volto a giudicare la performance di un individuo, di un gruppo o di un'intera organizzazione. È la cerniera tra gli obiettivi che un'amministrazione intende raggiungere e i comportamenti attesi dalle persone che ne fanno parte.

In quest'ottica, la presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2025 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 ha due funzioni principali:

- il “miglioramento gestionale”, attraverso il quale l'amministrazione può programmare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;*
- la “rendicontazione” con la quale l'amministrazione rendiconta a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nell'anno precedente, mettendo in evidenza eventuali scostamenti rispetto al risultato atteso.*

La Relazione sulla Performance rappresenta quindi 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 2025 ha proseguito nell'orientamento della 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'ASLCN1 nel raccontarsi si rivolge sia all'interno riferendo attività, prestazioni, sviluppi e progettazioni avviate, sia verso l'esterno, come risultato del quotidiano confronto con i cittadini, i pazienti, le istituzioni e le associazioni che operano nel territorio.

Riferire i risultati di questo processo è compito del Bilancio sociale che 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). Anche attraverso lo strumento presente della Relazione sulla performance si riferisce processo di analisi dei rapporti che l'organizzazione intrattiene con tutti i portatori di interesse: 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.

Uno strumento che rende possibile il dialogo con gli stakeholder è anche il Piano Integrato di Comunicazione (redatto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, per sottolineare la complessità e l'integrazione del sistema) che 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.

Anche l'incremento dell'attività della Struttura Ciclo della Performance e Progetti Innovativi certifica l'intenzione dell'ASLCN1 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. Sin dall'anno 2023, 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.

Attraverso tale progetto, l'ASLCN1 ha avuto l'opportunità di formarsi sulle tematiche di progettazione europea, di crescere nelle competenze sul welfare e di interagire con altre associazioni ed istituzioni della Provincia di Cuneo. Nell'ambito di queste conoscenze è nata anche l'idea di promuovere la nascita del CRASL (Circolo ricreativo) aziendale che si è concretizzata, grazie anche ad un finanziamento della Fondazione CRC, alla volontà della Direzione e all'impegno della Struttura Ciclo della Performance e Progetti innovativi, a partire dalla primavera 2025 con l'inizio delle iscrizioni a ottobre 2025, con un tesseramento che a fine 2025 aveva già superato la soglia dei 700 iscritti.

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”.

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, già da anni con deliberazione n. 501 del 20/07/2021 abbia voluto costituire un gruppo di lavoro per la gestione della Valutazione Partecipativa.

Il concetto di valore pubblico nell’ASLCN1 è ricercato attraverso l’attuazione del mandato e dell’operato dell’ASLCN1 nei confronti della salute, quale bene primario che assurge a diritto fondamentale della persona ed impone piena ed esaustiva tutela: ne sono principi il rispetto della dignità umana; l’equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell’azienda; l’etica professionale; la centralità dell’utente, intesa come punto di riferimento per la rilevazione del bisogno di salute. Il Valore Pubblico che ASLCN1 si prefigge è la creazione di benessere percepito dalla comunità, attraverso l’interconnessione degli obiettivi strategici e valori sociali già individuati o da definire e aggiornare nei piani esistenti ed in corso di attuazione.

Le valutazioni positive complessivamente ottenute dalle diverse Strutture aziendali nel corso del 2025 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).

Sono coinvolti, nel processo di stesura della relazione sulla performance diversi soggetti:

- l’ASL che cura la predisposizione del documento avvalendosi delle risultanze dei sistemi di misurazione e degli esiti delle valutazioni effettuate dai soggetti competenti;*
- l’organo di indirizzo politico amministrativo, che approva la relazione, verificando il conseguimento di obiettivi specifici, nonché la corretta rappresentazione di eventuali criticità emerse nel corso dell’anno di riferimento;*
- l’OIV che partecipa a tutto il processo di valutazione della performance e valida la relazione.*

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

1. Introduzione e presentazione del documento.....	9
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.....	12
2.1 Il contesto esterno di riferimento	12
2.1.1 Territorio e contesto demografico	12
2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno.....	13
2.2 L'Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti.....	16
2.2.1 Il personale	16
2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti.....	20
2.3 Progetti di miglioramento della qualità percepita	42
2.4 Il Valore Pubblico.....	44
2.4.1 Definizione	44
2.4.2 L'impatto del Valore Pubblico	45
2.4.3 Pianificazione strategica del Valore Pubblico in ASL CN1.....	45
2.5 I risultati nella partecipazione comunicata	47
3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	55
3.1 Monitoraggio infrannuale	60
3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici	64
3.3 La Performance Organizzativa.....	66
3.3.1 Sintesi dei risultati gestionali e analisi delle schede di budget.....	68
3.4 La Performance Individuale.....	70
3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2025 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento	72
3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2025 – Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali.....	74
3.5 Risultati 2025 su Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione.....	83
3.5.1 Trasparenza	83
3.5.2 Prevenzione della Corruzione.....	84
4. Risorse, efficienza ed economicità	91
4.1 Le risorse finanziarie.....	91
5. Pari opportunità.....	98

6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance.....	107
7. Allegati	110

1. Introduzione e presentazione del documento

Il riferimento per la definizione delle modalità con cui si attua nell'ASLCN1 il Ciclo della Performance, dalla pianificazione alla valutazione, è contenuto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), adottato con Deliberazione n. 492 del 23/12/2014 e annualmente aggiornato con ultima Deliberazione n. 436 del 22/12/2025, consultabili sul sito web istituzionale all'indirizzo <https://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/sistema-di-misurazione-e-valutazione-delle-performance>: al paragrafo 2.3 sono illustrate le fasi del Ciclo di Gestione della Performance e per ciascuna di esse 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 i Dipartimenti, le Strutture Complesse (S.C.), le Strutture Semplici (S.S.), le Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.) e le Strutture in Staff/Line alla Direzione Aziendale.

Il sistema degli obiettivi risulta pertanto descritto nel Piano della Performance per l'anno 2025, sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) approvato con deliberazione n. 46 del 28/01/2025, integrato con la presa d'atto degli obiettivi dalla delibera n. 165 del 29/04/2025 e aggiornato con delibera n. 310 del 22/09/2025, che costituiscono i documenti programmatici con i quali, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

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

Dal punto di vista formale, il D. Lgs. 150/2009, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, all'art. 7 prevede che la valutazione della performance organizzativa sia effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione a cui *"...competete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura ... nel suo complesso"*.

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

Il ciclo della performance rappresenta uno stimolo alla realizzazione di attività di eccellenza, anche attraverso significativi momenti di condivisione, quali l'interazione con le strutture e gli stakeholder nella definizione degli obiettivi, la negoziazione del budget con le strutture, il monitoraggio continuo dei risultati che si ottengono, il confronto nella verifica finale dei target raggiunti.

Ovviamente il percorso di miglioramento deve essere supportato da un processo di valutazione che assicuri il controllo della performance complessiva, individuando nell'Organismo Indipendente di

Valutazione l'organo garante della correttezza del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, sulla base dei documenti strategici, quale il Piano della Performance.

Tali risultati sono consuntivati nella Relazione sulla Performance, che, adottata dalla Direzione Generale tramite deliberazione e formalmente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASL CN1 per la sua validazione, conclude il percorso e l'applicazione del Ciclo della Performance. Come indicato all'art. 14 comma 6 del D. Lgs 150/2009 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 2025 – sezione all'interno del P.I.AO. 2025, 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. 122 del 10/04/2026 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2025 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 2025.

La Relazione sulla Performance indaga quindi sull'attuazione della strategia enunciata nel P.I.A.O., anche analizza rispetto dei tempi, uso delle risorse e coerenza con le priorità, attraverso indicatori sintetici e visivi: per questo motivo si presenta innanzitutto l'insieme delle condizioni strutturali e organizzative che consentono di mantenere la capacità di generare risultati nel tempo; quindi si descrive il portafoglio di servizi e attività, la quantità, qualità, efficienza e soddisfazione dei destinatari dei servizi erogati, i cosiddetti indicatori di performance (output, outcome, costi unitari, tempi di erogazione, customer satisfaction) che permettono di capire come l'ente serve la propria comunità.

Si richiama poi la dimensione trasversale dell'integrità e della legalità che costituiscono il fondamento del buon andamento amministrativo: non basta ottenere risultati, conta anche come vengono raggiunti, secondo la considerazione prevista nel PIAO della gestione dei rischi di corruzione e il rispetto delle norme; valori e comportamenti etici diffusi; audit e controlli diffusi.

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

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

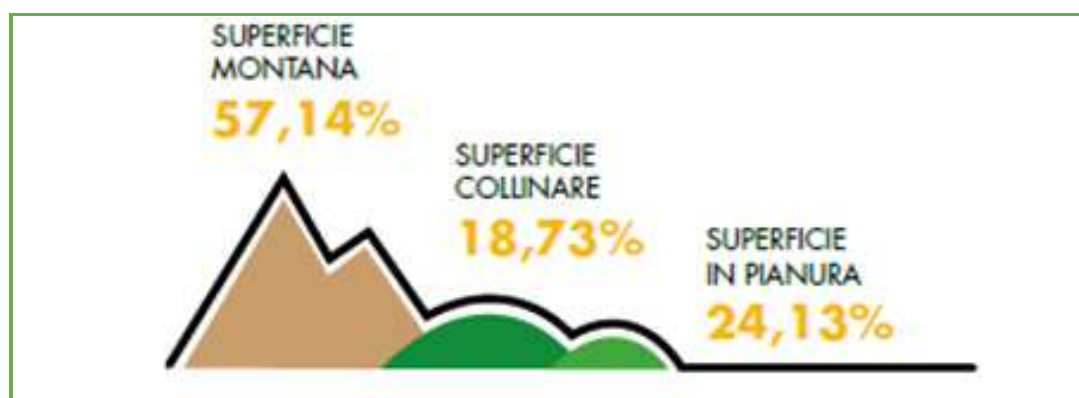
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

2.1 Il contesto esterno di riferimento

2.1.1 Territorio e contesto demografico

L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km²; il territorio di riferimento ricomprende 173 Comuni. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%). Il numero di abitanti residenti al 31 dicembre 2025 è 413.541 (di cui 106.681 over 65), con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (72 residenti per Km²).

A fronte di una popolazione umana pari al 9,5% di quella regionale, il patrimonio zootecnico, l'entità della macellazione e della produzione degli alimenti per l'uomo e per gli animali rappresentano complessivamente il 50% circa di quello regionale.



Più dettagliatamente, la popolazione residente maschile dell'ASL CN1 al 31/12/2025 è di 207.321 maschi (50,1%) e 206.220 femmine (49,9%) con la seguente suddivisione per ambito distrettuale di residenza, fasce di età e sesso.

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	over 65	Totale
Distretto SUD-OVEST					
FEMMINE	9.552	20.650	28.421	22.245	80.868
MASCHI	10.303	22.804	28.631	18.796	80.534
TOT.	19.855	43.454	57.052	41.041	161.402
Distretto SUD-EST					
FEMMINE	4.685	10.056	14.542	12.508	41.791
MASCHI	4.963	11.803	15.043	10.732	42.541
TOT.	9.648	21.859	29.585	23.240	84.332
Distretto NORD-OVEST					
FEMMINE	4.483	9.849	13.919	11.078	39.329
MASCHI	4.734	11.162	14.473	9.487	39.856
TOT.	9.217	21.011	28.392	20.565	79.185
Distretto NORD-EST					

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	over 65	Totale
FEMMINE	5.583	11.284	15.429	11.936	44.232
MASCHI	5.971	12.842	15.678	9.899	44.390
TOT.	11.554	24.126	31.107	21.835	88.622
TOT.GEN.					
FEMMINE	24.303	51.839	72.311	57.767	206.220
MASCHI	25.971	58.611	73.825	48.914	207.321
TOT.	50.274	110.450	146.136	106.681	413.541

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

L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

ANNO	TOTALE ASL CN1	DETTAGLIO DISTRETTI ASL CN1				PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
		Nord Est	Nord Ovest	Sud Est	Sud Ovest			
31/12/2023	414.066	88.754	79.245	83.982	162.085	582.194	4.252.581	58.974.230
31/12/2024	413.007	88.453	79.061	84.018	161.467	581.676	4.255.702	58.934.000
31/12/2025	413.541	88.622	79.185	84.332	161.402	582.109	4.255.006	58.942.828

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

FOCUS: L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE STRANIERA

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

Dei 5.560.000 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2025, 462.407 si trovano in Piemonte (8,32%), 65.936 in Provincia di Cuneo (1,19%), mentre 46.342 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,83%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
31/12/2023	43.742	62.039	428.905	5.253.658
31/12/2024	44.763	63.873	448.862	5.422.000
31/12/2025	46.342	65.936	462.407	5.560.000

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 dell'Azienda Sanitaria, essi sono definiti con apposita Deliberazione dall'Assessorato regionale annualmente. L'Assessorato Regionale con la DGR 16-817 del 24/02/2025 ha assegnato 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 2025 e definito i criteri per il monitoraggio e la valutazione degli **obiettivi di mandato** assegnati alla nomina (già delineati con la DGR 20-650 del 23 dicembre 2024); gli obiettivi economico-gestionali sono stati recepiti con un peso importante nelle schede di budget (il peso riportato è pari al 30% della quota di incentivazione prevista per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2025).

Obiettivi di mandato/nomina del Direttore Generale	Obiettivi economico-gestionali del Direttore Generale
1.N. EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO	1.I. BILANCIO
2.N. PIANO PANDEMICO REGIONALE ED AZIENDALE	2.I. PIANO NAZIONALE E REGIONALE DELLA PREVENZIONE
3.N. LISTE E TEMPI DI ATTESA	3.I. SCREENING ONCOLOGICI
4.N. TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE	4.I. CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA
5.N. APPROPRIATEZZA DELLE VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	5.I. ASSISTENZA DOMICILIARE
6.N. COMUNICAZIONE TRAMITE I SITI WEB AZIENDALI	6.I. PERCORSO STEMI
7.N. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E VIGILANZA	7.I. BOARDING IN PRONTO SOCCORSO
8.N. EDILIZIA SANITARIA	8.I. DONAZIONI D'ORGANO
9.N. FLUSSI INFORMATIVI ED APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO	9.I. LISTE E TEMPI DI ATTESA
10.N. FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO 2.0	10.I. MIGLIORAMENTO DELLA PRODUZIONE
11.N. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA	11.I. APPROPRIATEZZA DELLE VISITE E DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI
	12.I. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
	13.I. MONITORAGGIO E GARANZIA LEA-NSG
	14.I. RECUPERO MOBILITA' PASSIVA
	15.I. ACCORDI CONTRATTUALI TRA ASL E AO/AOU
	16.I. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
	17.I. INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA
	18.I. FLUSSI INFORMATIVI IN AMBITO FARMACEUTICO

Obiettivi di mandato/nomina del Direttore Generale	Obiettivi economico-gestionali del Direttore Generale
	19.I. APPROPRIATEZZA IN AMBITO FARMACEUTICO
	20.I. GESTIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI
	21.I. FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO
	22.I. FLUSSO CUP E FLUSSO C
Non assegnati alle AA.SS.LL.	23.I. COSTITUZIONE NUOVA AZIENDA OSPEDALIERA OIRM
	24.I. PIANO AZIENDALE DI EFFICIENTAMENTO AOU CITTA' SALUTE E SCIENZA TO

Buona parte degli obiettivi assegnati richiamano il documento di “Programmazione delle Risorse del SSR anno 2025-2027” (DGR 26-801 del 17/02/2025), che individua le specifiche aree di intervento e declina i riferimenti specifici. A seguito di tale indirizzo la Direzione dell’ASL CN1 ha inserito nella programmazione aziendale i principi generali richiamati nel documento, quale ruolo centrale nell’attuazione delle azioni pianificate e nella corretta allocazione delle risorse, nella legittimità e trasparenza di ogni fase decisionale, per cui anche nell’ambito delle riunioni dirigenziali (Collegio di Direzione, Consiglio Sanitari, incontri dipartimentali e amministrativi) si sono condivise le azioni previste nel Programma Operativo Aziendale (Deliberazione n. 133 del 31/03/2025).

Il documento, strutturato ai sensi delle disposizioni regionali in azioni, indicatori e referenti, ha visto il coinvolgimento di tutte le Strutture aziendali sui temi definiti secondo le due principali direttrici di intervento: razionalizzazione dei fattori produttivi e sistema.

Per ogni ambito operativo individuato (rubricati in sezione e area tematica) sono stati strutturati audit/feedback, innanzitutto interni, e monitoraggi periodici delle procedure, con l’obiettivo di verificare autonomamente la conformità normativa, la correttezza contabile e gestionale, il recepimento delle eventuali osservazioni formulate dai collegi sindacali e l’efficacia operativa delle attività aziendali.

I risultati sono stati sintetizzati in rapporti periodici, che sono raccolti, strutturati e conservati presso la S.S. Programmazione Strategica e Controllo di Gestione con la collaborazione della S.C. Affari Generali e Controlli Interni e dalla S.C. Bilancio e Contabilità.

Agli obiettivi di quota integrativa analiticamente elencati nella tabella si deve poi aggiungere, con carattere preliminare, l’obiettivo specifico volto al rispetto dei tempi di pagamento previsto come noto dall’art. 1, comma 865 della Legge n. 145/2018 (Legge di Bilancio 2018).

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 e attuazione anche negli obiettivi di budget già definiti dalla Direzione Generale sulla base della strategia aziendale definita e formalizzata nel Piano della Performance,

sezione del P.I.A.O. anno 2025.

La rendicontazione degli obiettivi ha quindi seguito l'iter delineato nella DGR 16-817 del 24/02/2025: ai sensi della L.R. 18/2007 – Art. 17 la Relazione socio sanitaria è stata predisposta e presentata al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari nella seduta del 23/02/2026; è stata poi deliberata (delibera n. 57 del 24/02/2026) e trasmessa all'Assessorato regionale con Prot. N. 0028751 del 25/02/2026; successivamente è stata presentata alla Rappresentanza dei Sindaci (come riferimento per la Conferenza dei Sindaci) il 23/04/2026 e il verbale di approvazione è stato trasmesso il 27/04/2026 (Prot. ASLCN1 0063843).

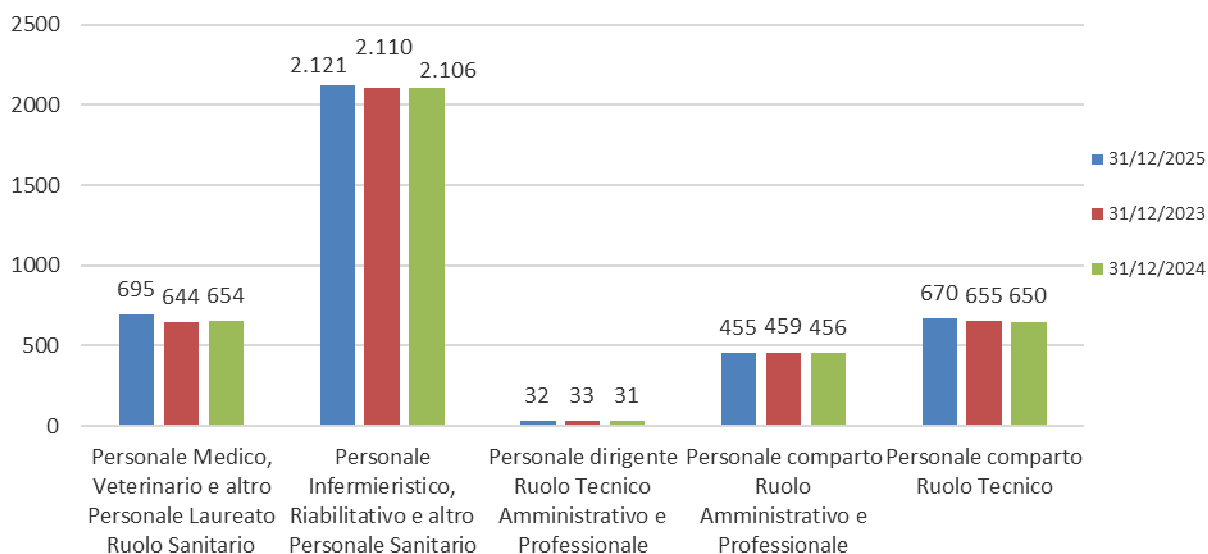
2.2 L'Azienda: il personale dipendente e i risultati raggiunti

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.

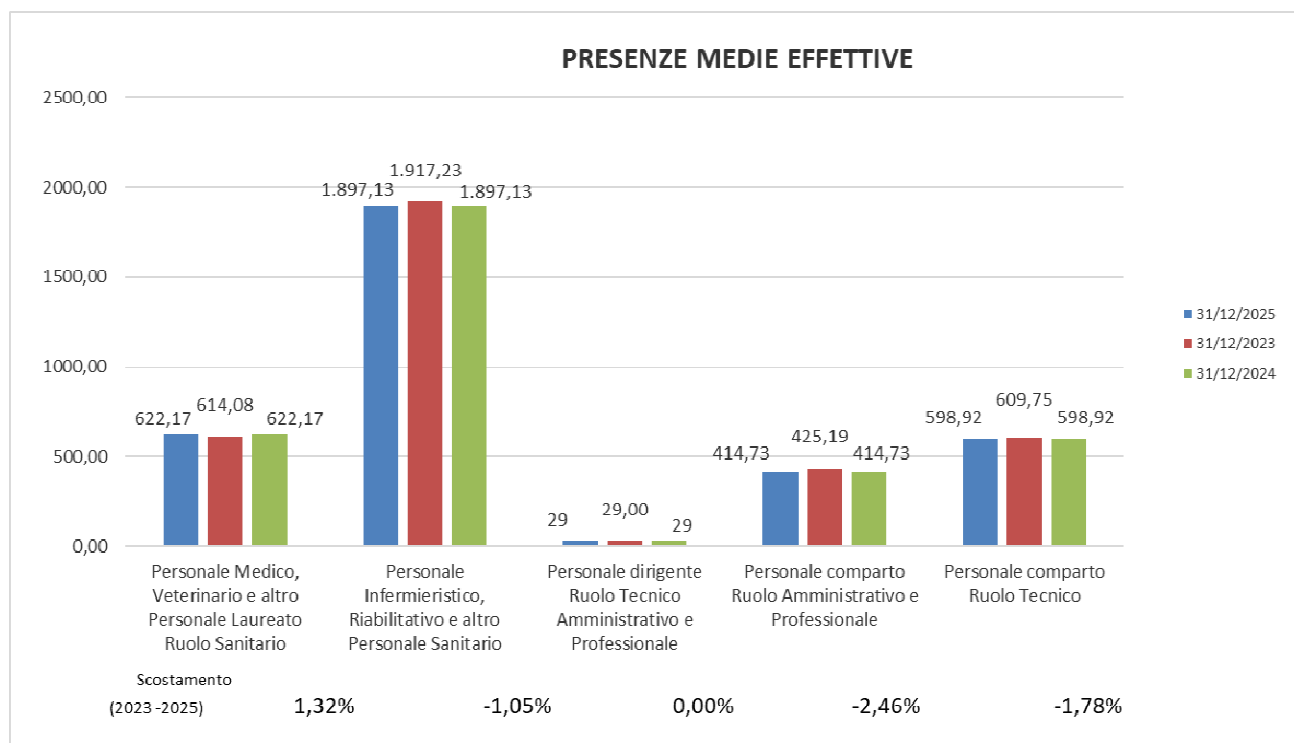
DOTAZIONE ORGANICA	31/12/2023	31/12/2024	31/12/2025
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	644	654	695
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	2110	2106	2121
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	33	31	32
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	459	456	455
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	655	650	670
TOTALE AZIENDA	3.901	3.897	3.973

DOTAZIONE ORGANICA



Scostamento

PRESENZE MEDIE EFFETTIVE	31/12/2023	31/12/2024	31/12/2025
PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO	614,08	622,17	657,10
PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO	1.917,23	1897,13	1924,10
PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	29	29	27
PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE	425,19	414,73	420,18
PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO	609,75	598,92	614,49
TOTALE	3.595,25	3.561,95	3.642,87



La formazione del personale dipendente

Nell'ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l'Azienda definisce un Piano annuale della Formazione corredato da uno specifico Budget; in particolare per l'anno 2025 è stato approvato con Deliberazione n° 547 del 31/12/2025, a corollario ed aggiornamento del Piano Triennale di formazione e umanizzazione dell'ASL CN1 2025-2027 di cui alla deliberazione 191/2025. Il Piano è stato elaborato a partire dalle esigenze formative raccolte per individuare le reali necessità rispetto ai diversi ruoli professionali, alle specifiche attività sanitarie, alla tipologia di risposte assistenziali nonché alle problematiche esistenti alla luce degli obiettivi nazionali, regionali e aziendali di riferimento.

Il Piano è stato declinato in progetti formativi realizzati nelle diverse metodologie previste dalla Commissione ECM comprendenti la formazione residenziale, Formazione sul campo e FAD (Formazione a Distanza)

Le proposte sono state approvate dal Comitato Scientifico (istituito con Delibera 278/2012 e aggiornato nella sua composizione con Delibera 392/2025) in data 11 dicembre 2025 come da schema seguente:

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		Corsi previsti
A COMUNICAZIONE E RELAZIONE	7	La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato	6	area giuridico - normativa	4
	12	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	1	area comunicazione e relazione	15
	16	Etica, bioetica e deontologia	10	area etica e deontologica	3
B SVILUPPO ORGANIZZATIVO	1	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	9	area metodologica	7
	3	Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura	8	area qualità e risk management	25
	11	Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	7	area gestionale e manageriale	48

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		Corsi previsti
E QUALITA'	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
	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	14
			17	area informatica e lingue straniere	21
C RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	6	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	8	area qualità e risk management	13
	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	35
D PREVENZIONE CURE PRIMARIE E SALUTE MENTALE	10	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	19	area prevenzione e promozione della salute	10
	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	6
	22	Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcol e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali.	2	area cure primarie e cure domiciliari	2
			3	area salute mentale	12
			4	area materno infantile e dell'adolescenza	3
			5	area delle dipendenze	8
			29	area salute e medicina di genere	5
	23	Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	4
	24	Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	2
E EMERGENZA URGENZA	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	18	area emergenza ed urgenza	36
F MEDICO, CHIRURGICO E RIABILITATIVO	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	4	area materno infantile e dell'adolescenza	6
			11	area specialità chirurgiche	12
			12	area specialità mediche	26
			15	area diagnostica	4
			28	area riabilitazione	27
	21	Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione	2	area cure primarie e cure domiciliari	2
	25	Farmaco epidemiologia, farmaco-economia, farmacovigilanza	16	area farmaceutica e tossicologica	7
TOTALE					360

Parallelamente verranno promosse le iniziative del Dipartimento della Funzione Pubblica, sulle molteplici tematiche e percorsi da esso individuati, anche al fine di sviluppare le competenze necessarie per affrontare le sfide dell'innovazione digitale, in particolare i percorsi relativi alla transizione digitale per i dipendenti di ruolo amministrativo e tecnico non sanitario e i percorsi relativi alla transizione ecologica ed amministrativa per il personale di strutture PTA.

Infine, per quanto attiene la formazione fuori sede, la direzione Aziendale ha stanziato un budget specifico che consentirà la partecipazione dei dipendenti a iniziative formative fuori come previsto dai CCNNLL vigenti.

2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti

Il Presidio Ospedaliero

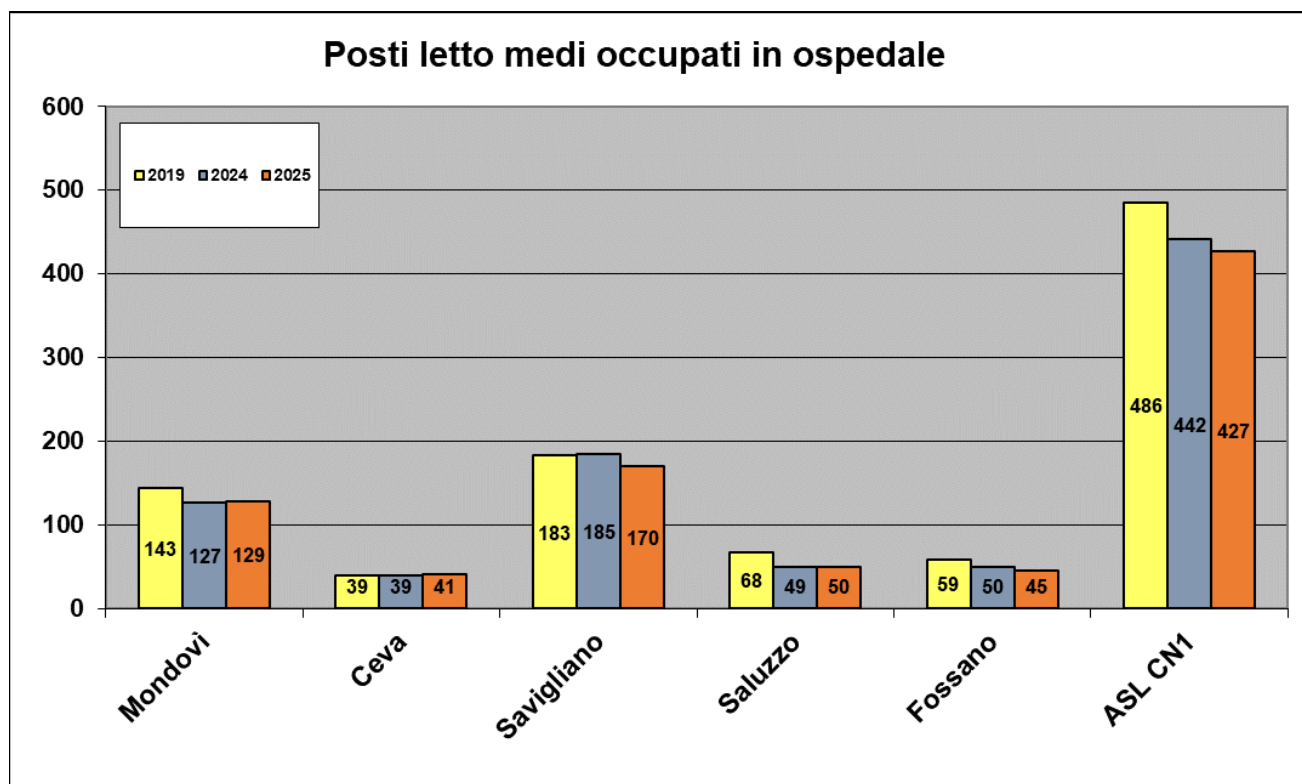
PREMESSA

Nei paragrafi seguenti sono riportati i grafici e le tabelle relativi all'attività sanitaria ospedaliera dell'ASL CN1, il fabbisogno espresso dai suoi residenti e le componenti di mobilità attiva e passiva riguardanti gli anni 2019, 2024 e la previsione per il 2025 basata sui dati ad oggi disponibili dai flussi regionali. Si specifica che nel 2025 l'Azienda ha sostituito l'applicativo gestionale dei ricoveri e che quindi, alla data della presente relazione, l'attività potrebbe essere ancora sottostimata per fisiologiche criticità relative all'avvio di una procedura così complessa. Allo stesso modo i valori della mobilità passiva potrebbero essere inferiori al reale poiché, a fine anno, le aziende solitamente provvedono al recupero e alla correzione dei flussi eventualmente non ancora rendicontati.

Sono stati messi a confronto tre anni, per evidenziare l'andamento del 2025 sia rispetto al 2019, periodo pre-COVID e anno di riferimento cui tendere in termini di produzione delle Aziende, sia rispetto all'anno precedente. Come di consueto, gli anni considerati sono stati rappresentati in forma di confronto.

Posti letto occupati

Nel grafico sottostante è dettagliata l'occupazione media giornaliera dei posti letto ospedalieri nel periodo 2019-2024-2025.

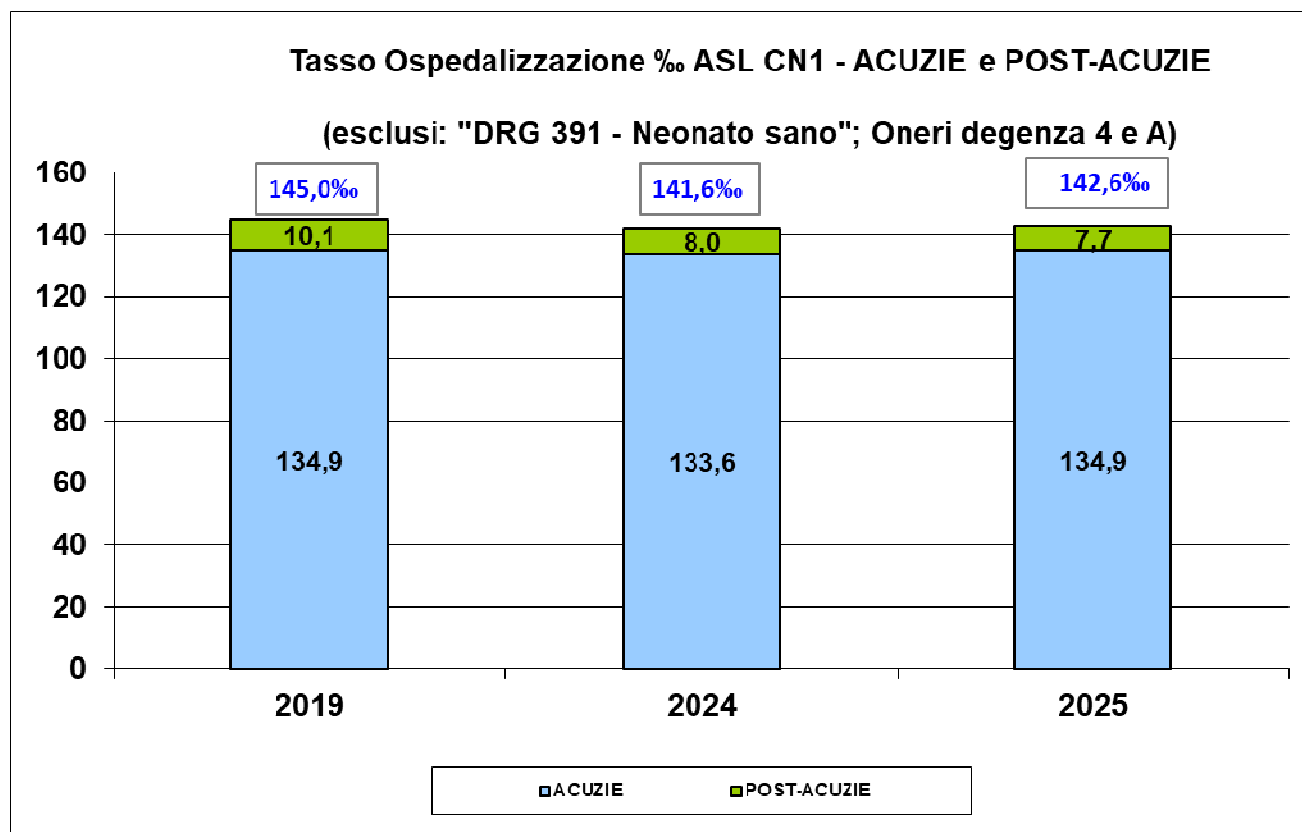


La diminuzione complessiva dei posti letto medi occupati è riconducibile, in via principale, all'area materno infantile (parti/nascite) e alle criticità dell'area internistica penalizzata dalla carenza di personale medico e sanitario del comparto. Il dato risente inoltre anche di una generale

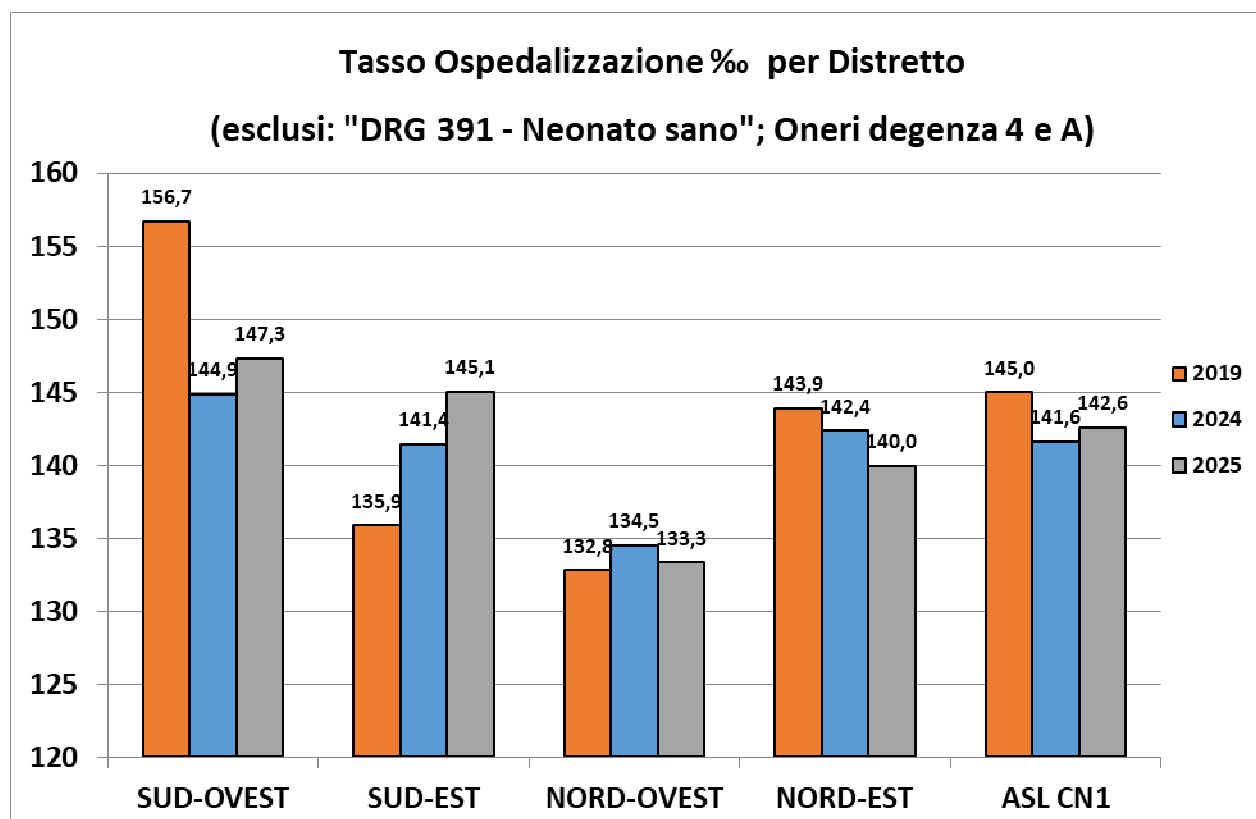
diminuzione della degenza media, indice di una maggiore rapidità del turn over dei pazienti.

Tasso di Ospedalizzazione

Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione nel 2025 è relativo al 2024, in quanto ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per macroarea di ricovero e nel secondo per Distretto.

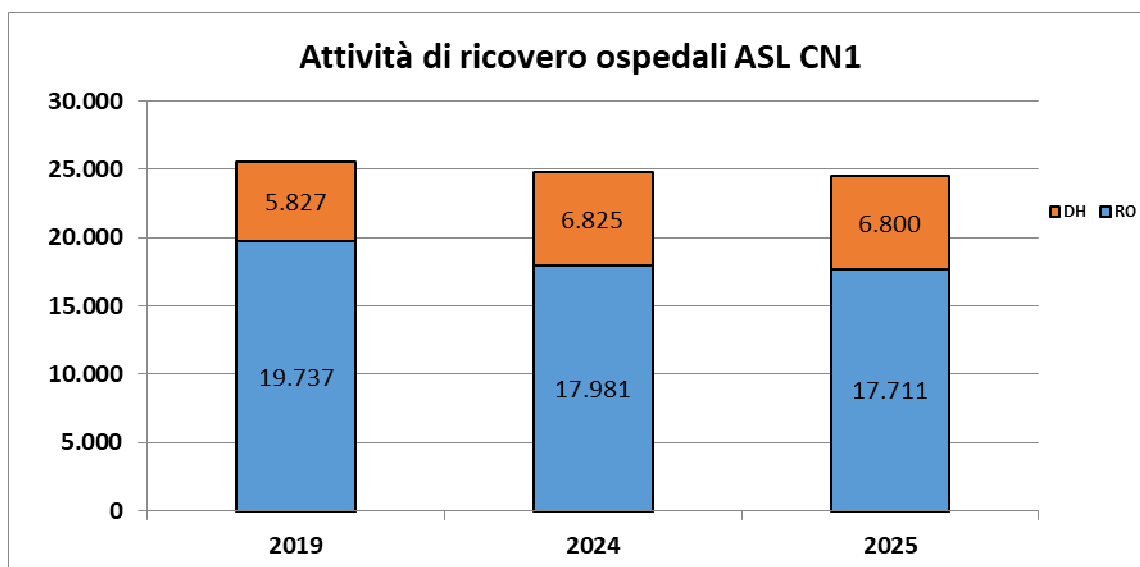


Persiste, come già evidenziato negli anni passati, una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale, con il tasso più elevato nel Sud-Ovest (sul cui territorio l'AO S. Croce e Carle è anche ospedale di riferimento) e più basso nel Nord-Ovest.



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, 2024 e 2025.



Come dettagliato nelle tabelle sotto riportate, nel 2025 il volume di ricoveri prodotti nei Presidi ospedalieri della ASL CN1 è ancora leggermente inferiore rispetto al 2019. Sugli interventi di Alta, Media e Bassa complessità, monitorati dal PNGLA, l'Azienda ha raggiunto buone performance

superando la produzione del 2019 (+3% circa). Mentre gli ospedali dell'Area SUD hanno raggiunto ampiamente, in termini di numero ricoveri totali, la produzione del 2019, quelli dell'area NORD ed in particolare il presidio di Savigliano, risente del trend decrescente dei parti nell'area Materno Infantile.

Produzione ricoveri 2019-2024-2025 (CASI)

	2019			2024			2025			2025 vs.2024	
Ospedali	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	N°	%
Area NORD	12.037	3.618	15.655	10.305	4.016	14.321	9.944	3.929	13.873	-448	-3,1%
Area SUD	7.700	2.209	9.909	7.676	2.809	10.485	7.767	2.871	10.638	153	1,5%
TOT ASL CN1	19.737	5.827	25.564	17.981	6.825	24.806	17.711	6.800	24.511	-295	-1,2%

Produzione ricoveri 2019-2024-2025 (VALORE)

	2019			2024			2025			2025 vs.2024	
Ospedali	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	R.O.	DH	Totale	N°	%
Area NORD	43.339.021	4.562.828	47.901.849	40.467.459	4.958.066	45.425.525	39.340.688	4.952.707	44.293.395	-1.132.130	-2,5%
Area SUD	28.127.190	2.801.871	30.929.061	27.565.895	3.528.678	31.094.572	27.809.904	3.543.928	31.353.832	259.260	0,8%
TOT ASL CN1	71.466.211	7.364.699	78.830.909	68.033.354	8.486.744	76.520.097	67.150.592	8.496.635	75.647.227	-872.871	-1,1%

Come si evince dalle seguenti tabelle la mobilità attiva intraregionale è in diminuzione rispetto al 2024 nell'area NORD, in leggera crescita AREA SUD, la passiva è leggermente in crescita verso l'AO Santa Croce e Carle di Cuneo per il numero di casi ma sostanzialmente invariata nella tariffa, diminuzione sia in casi che in valore verso le altre strutture.

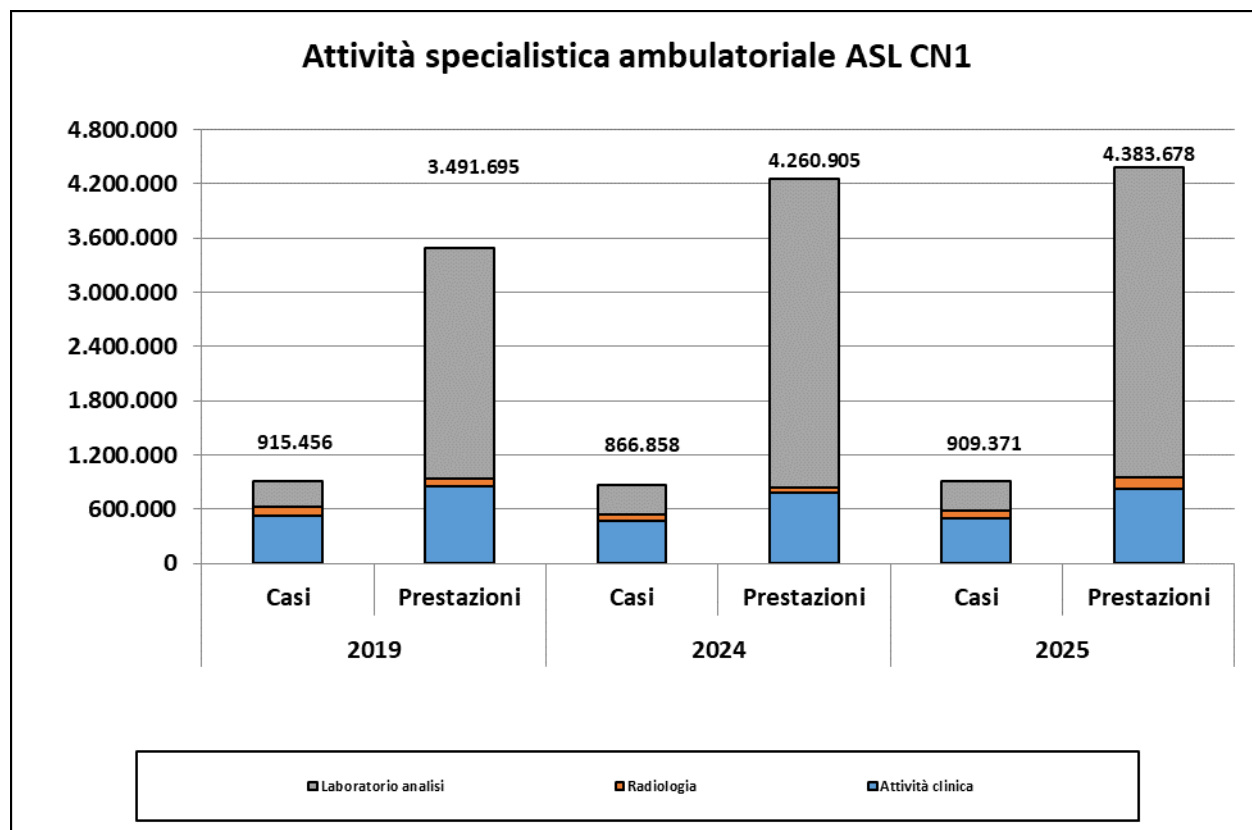
Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2024-2025 (CASI)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2024	2025	2025 vs. 2024	
					N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area NORD	2.566	1.663	1.469	-194	-11,7%
	P.O. Area SUD	586	467	479	12	2,6%
	TOTALE	3.152	2.130	1.948	-182	-8,5%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	28.221	26.086	26.978	892	3,4%
	Altro	10.388	10.167	9.833	-334	-3,3%
	TOTALE	38.609	36.253	36.811	558	1,5%

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2024-2025 (VALORE)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2024	2025	2025 vs. 2024	
					N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area NORD	7.522.231	5.387.959	4.982.071	-405.888	-7,5%
	P.O. Area SUD	1.983.625	1.368.868	1.485.205	116.337	8,5%
	TOTALE	9.505.856	6.756.827	6.467.276	-289.551	-4,3%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	98.392.553	96.645.694	96.611.950	-33.744	0,0%
	Altro	39.928.765	45.350.738	42.807.696	-2.543.042	-5,6%
	TOTALE	138.321.318	141.996.432	139.419.646	-2.576.786	-1,8%

Relativamente alla specialistica ambulatoriale (di seguito rappresentata), al contrario di quanto avvenuto per i ricoveri, si è registrato, in termini di numero di prestazioni, un aumento dell'attività anche rispetto al 2019. Particolarmente evidente è stato l'incremento dell'attività di laboratorio (la cui quota maggiore è svolta, per conto della ASL CN1, dall'HUB di riferimento S.Croce e Carle di Cuneo) ma sono risultate in crescita anche alcune visite e altre prestazioni specialistiche, principalmente PNGLA. Questo risultato è frutto anche delle azioni di potenziamento messe in atto per ridurre i tempi d'attesa, coerentemente con le indicazioni regionali in materia.



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

Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2019-2024-2025

Mobilità attiva	2019		2024		2025		2025 vs. 2024			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
Residenti Piemonte	134.801	2.506.651	131.331	1.971.883	147.407	2.392.517	16.076	12,2%	420.634	21,3%
Residenti altre regioni	87.179	1.328.491	63.225	868.896	68.419	863.588	5.194	8,2%	-5.308	-0,6%
TOTALE	221.980	3.835.142	194.556	2.840.779	215.826	3.256.105	21.270	10,9%	415.326	14,6%

Il 2025 ha fatto registrare un incremento del numero di prestazioni erogate in mobilità attiva della specialistica ambulatoriale sia per residenti in altre ASL piemontesi sia per quanto riguarda i residenti fuori regione. Per quanto riguarda la mobilità intraregionale l'incremento è stato solo del numero di casi e non del valore tariffato.

Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2019-2024-2025

EROGATORE	2019		2024		2025		2025 vs. 2024			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
ASO Cuneo	1.573.706	32.792.244	1.848.422	42.949.522	1.847.420	44.835.664	-1.002	-0,1%	1.886.142	4,4%
Altro	311.465	7.713.110	384.469	11.865.489	384.137	11.712.549	-332	-0,1%	-152.940	-1,3%
TOTALE	1.885.171	40.505.355	2.232.891	54.815.011	2.231.557	56.548.213	-1.334	-0,1%	1.733.202	3,2%

La mobilità passiva al momento è in minima diminuzione per il numero di prestazioni, ma si registra un aumento tariffario verso AO S. Croce.

Accessi Pronto Soccorso 2019-2024-2025 (produzione ASL CN1)

Nel 2025 si è registrato un progressivo incremento del numero di accessi rispetto al 2024, evidente soprattutto nei codici verde. La forte riduzione del numero di accessi rispetto al 2019 che si era osservata nel 2020 e 2021, come prevedibile, si sta via via riducendo.

CODICE COLORE	2019	2024	2025
Rosso	781	1.179	1.266
Arancione	9.969	13.560	13.324
Azzurro	-	32.011	31.992
Verde	85.936	46.174	49.548
Bianco	10.435	3.135	3.374

CODICE COLORE	2019	2024	2025
Totale	107.121	96.059	99.504

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.

Area Anziani (residenziale e semi-residenziale)

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI			
DISTRETTO	GIORNATE DI DEGENZA		
	2023	2024	2025
SUD OVEST	156.572	167.101	174.021
SUD EST	81.432	92.800	103.038
NORD OVEST	103.398	119.353	119.428
NORD EST	96.287	107.288	109.846
	437.689	486.542	506.333

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2023	2024	2025
SUD OVEST	1.614	1.423	1.600
SUD EST	0	0	0
NORD OVEST	1.882	1.404	1.587
NORD EST	1.239	1.554	1.237
	4.735	4.381	4.424

Area Disabili (residenziale e semi-residenziale)

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI			
DISTRETTO	GIORNATE DI DEGENZA		
	2023	2024	2025
SUD OVEST	51.504	41.993	39.959
SUD EST	18.889	19.923	20.614
NORD OVEST	16.355	15.157	15.978
NORD EST	34.380	32.911	33.248
	121.128	109.984	109.799

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2023	2024	2025
SUD OVEST	42.243	43.000	41.862
SUD EST	14.882	15.097	15.612
NORD OVEST	10.905	11.785	11.994
NORD EST	17.124	17.377	16.819

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI			
	85.154	87.259	86.287

ALTRE ATTIVITA' A FAVORE DI DISABILI (n. giornate Nucleo stato vegetativo (NSV) e Nucleo di alta complessità neurologica (NAC))			
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2023	2024	2025
Sud Ovest	513	757	416
Sud Est	930	768	996
Nord Ovest	970	680	823
Nord Est	688	817	1.125
	3.101	3.022	3.360

Continuità Assistenziale ad Alta Valenza Sanitaria

ATTIVITA' ALTA VALENZA SANITARIA			
CAVS	GIORNATE DEI DEGENZA		
	2023	2024	2025
MONTESERRAT* (Borgo e Caraglio)	16.305	23.863	22.089
Robilante*			
Presidio di Demonte* 01.06-31.12.2024			
Ospedali di Ceva*, Mondovì e Saluzzo			
	16.305	23.863	22.089

CURE DOMICILIARI

Utenti >=65 aa. in carico 2023-2025

Dati di attività relativi alle Cure Domiciliari Utenti >=65 aa. in carico 2022-2023-2024-2025															
DISTRETTO															
	I sem 2023	II sem 2023	I sem 2024	II sem 2024	I sem 2025	II sem 2025	I sem 2023	II sem 2023	I sem 2024	II sem 2024	I sem 2025	II sem 2025	2023	2024	2025
SUD OVEST	735	254	2.867	4.106	3712	4116	1.487	646	367	227	909	731	3.122	7.567	9.468
SUD EST	389	135	1.081	2.189	987	1932	887	394	1.430	1.190	2167	2167	1.805	5.890	7.253
NORD OVEST	228	90	549	1.128	508	867	1.082	456	1.568	1.497	2230	2183	1.856	4.742	5.788
NORD EST	493	136	603	1.157	462	991	752	420	998	1.022	1642	1599	1.801	3.780	4.694
Totale ASL CN1	1.845	615	5.100	8.580	5.669	7.906	4.208	1.916	4.363	3.936	6.948	6.680	8.584	21.979	27.203

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						
	2023		2024		2025	
	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
SRD-RRF	187	113	192	178	212	205
ADI+UOCP	186	165	194	182	213	214
SID Semplice			5.868	9541	5558	7543
ADP	1.393	694	2.005	2051	2002	1856
ADI	566	391	622	546	534	505
SID	4.693	2.405	4.673	5442	5464	5992
SRD-NPI				2	2	1
TOTALE	7.025	3.768	13.554	17.942	13.985	16.316

		2023		2024		2025	
		I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE	I SEMESTRE	II SEMESTRE
ADI	Fisioterapista	226	242	204	143	172	114
	Infermiere	12.590	11.914	11.766	10.359	9674	10131
ADP	Fisioterapista	104	47	75	86	98	80
	Infermiere	2.387	2.868	2.983	2.883	3150	3856
SID	Fisioterapista	469	539	660	761	813	925
	Infermiere	2.387	45.895	51.935	56.848	53205	56292
ADI+UOCP	Fisioterapista	25	2	34	1	23	22
	Inf. UOCP	1.545	1.364	1.428	1.217	1437	1698
	Infermiere	204	334	124	105	379	382
SRD-RRF	Fisioterapista	997	859	1.036	834	1376	1136
	Infermiere	323	513	284	262	217	358
SID Semplice	Fisioterapista			50	12	8	-
	Infermiere			6.055	4.961	6.060	4.525

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, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo, Savigliano
n. 3	Ambulatori decentrati	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 2023	Anno 2024	Anno 2025
Utenti in carico	6.215	6.249	5005
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	69.607 (41.602 DSM + 28.005 SERD)	70.501 (40.378 DSM + 30.123 SERD)	70748(41341 DSM+29031 SERD)
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	29.458	35.304	29900
Borse lavoro (n. utenti)	149	122	146
Assegni terapeutici (n. utenti)	174	145	184

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

Gli SPDC del D.S.M.	N. posti letto	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	536	598	446
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	306	336	338
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	288	325	328
Totale	48 pl	1.130	1.259	1.112

I dati della Psicopatologia dello Sviluppo

Pazienti seguiti dagli psicologi della SSD Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo e dalla S.S. Neuropsicologia ASL CN1
(anni 2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025)

FASCIA D'ETÀ	N. PAZIENTI 2019	N. PAZIENTI 2020	N. PAZIENTI 2021	N. PAZIENTI 2022	N. PAZIENTI 2023	N. PAZIENTI 2024	N. PAZIENTI 2025
0-14	300	313	436	462	474	513	525
15-25	317	208	310	364	312	332	363
>25	926	561	929	1006	1171	1475	1.757
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	**	**	**	**
TOTALI	1.543	1.082	1.675	1832	1957	2320	2645

*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 2025

NOME PROGETTO	OGGETTO/DESTINATARI	PARTNER	RUOLO DELLA SSD PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO ASL CN1	FINANZIAMENTI
PROGETTO N.I.D.A. Individuazione precoce di bambini a Rischio Evolutivo per disturbi del Neurosviluppo	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)	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' ASL E ASO REGIONE PIEMONTE PER GLI INVII PEDIATRI DI LIBERA SCELTA ASL CN1	CENTRO PIVOT REGIONALE Responsabile scientifico del progetto regionale	FONDI AUTISMO REGIONE PIEMONTE

NOME PROGETTO	OGGETTO/DESTINATARI	PARTNER	RUOLO DELLA SSD PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO ASL CN1	FINANZIAMENTI
CAREGIVER SKILL TRAINING O.M.S. per famiglie di bambini con Disturbi dello spettro dell'autismo	Genitori di bambini con disturbi dello spettro dell'autismo	UNIVERSITA' MILANO BICOCCA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'	MASTER TRAINER PER IL PIEMONTE	FONDI AUTISMO REGIONE PIEMONTE
PROGETTO INNOVATIVO REGIONALE "PSICOLOGO DELLE CURE PRIMARIE" D.G.R. 35-5257 DEL 21-6-2022	Consulenza psicologica e psicoterapia per soggetti residenti del territorio dell'ASL CN1 che presentano disagio psicologico legato a problematiche del ciclo di vita, lievi disturbi d'ansia e depressivi	Medici di Medicina Generale Distretti Assessorato Regionale Sanità Ordine degli Psicologi del Piemonte	Attività di supporto psicologico e psicoterapia	FINANZIAMENTO REGIONALE
Progetto Protezione Famiglie Fragili Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta	Attività di supporto psicologico e psicosociale di famiglie con pazienti oncologici	Azienda Zero Enti gestori Socio Assistenziali Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT)	Attività di supporto psicologico e psicosociale	RETE ONCOLOGICA PIEMONTE VALLE D'AOSTA ATTRAVERSO AZIENDA ZERO
Decreto 6 febbraio 2023 "Criteri e modalità di utilizzo dei fondi per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico per l'anno 2021".	Interventi a favore di minori e adulti con disturbi dello spettro dell'autismo IL PROGETTO SI CONCLUDERÀ IL 31 MARZO 2026	SC NPI e SC Psichiatria ASL CN1 Azienda zero	Implementazione attività cliniche e abilitative Supporto Assessorato Sanità e Azienda Zero	FONDO NAZIONALE AUTISMO MINISTERO DELLA SALUTE

NOME PROGETTO	OGGETTO/DESTINATARI	PARTNER	RUOLO DELLA SSD PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO ASL CN1	FINANZIAMENTI
Decreto 24 gennaio 2023 "Criteri e modalità di utilizzazione dei fondi per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico per l'anno 2022".	Interventi a favore di minori e adulti con disturbi dello spettro dell'autismo PROGETTO CONCLUSO IL 31 MARZO 2025	SC NPI e SC Psichiatria ASL CN1 Azienda zero	Implementazione attività cliniche e abilitative Supporto Assessorato Sanità e Azienda Zero	FONDO NAZIONALE AUTISMO MINISTERO DELLA SALUTE
PROGETTO EDECO Progetto dell'Istituto Superiore di Sanità per l'attivazione della rete per le emergenze comportamentali DEL. DIRETTORE GENERALE ASL CN1 265 del 29/07/2025	Minori residenti in Piemonte con disturbi dello spettro dell'autismo e gravi problemi comportamentali	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' ASL REGIONE PIEMONTE PER GLI INVII	ATTIVAZIONE DI EDECO - Equipe Dedicata Emergenze Comportamentali l'ASL CN1 (SSD Psicologia e SC NPI) svolgerà, con la Regione Piemonte, le attività di coordinamento, monitoraggio, rendiconto del progetto	

NOME PROGETTO	OGGETTO/DESTINATARI	PARTNER	RUOLO DELLA SSD PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO ASL CN1	FINANZIAMENTI
PROGETTO DI RICERCA COLOURS CLINICAL, GENETIC AND BEHAVIORAL BIOMARKERS FOR EARLY DETECTION OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN HIGH-RISK CHILDREN” DEL. DIRETTORE GENERALE ASL CN1 289 del 21/08/2025	Minori con disturbi dello spettro dell'autismo, bambini ad alto rischio (fratelli di bambini con autismo)	SC Genetica Medica AOU Città' della Salute e della Scienza di Torino SC NPI Ospedale Infantile Regina Margherita SC NPI Ospedale Maggiore Novara SC NPI ASL TO4 Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga Orbassano Dipartimento di Psicologia Università di Torino	RESPONSABILITÀ SCIENTIFICA E GESTIONALE DEL PROGETTO	FONDO NAZIONALE AUTISMO MINISTERO DELLA SALUTE

I dati del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

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

La prima tabella mette in evidenza il numero di utenti in carico al D.P.D. 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 2023	Anno 2024	Anno 2025	Note
Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti	1.708	1.801	1.898	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti + GAP in carcere	166	250	261	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERD in carcere
Totale	1.874	2.051	2.159	

Prestazioni ambulatoriali	Sanitarie (visite mediche)	Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)	Totali
Anno 2025	Globali visite mediche: 10983	Prestazioni psicologiche: 5.871 Prestazioni del Comparto: 11.120	27.974
Anno 2024	Globali visite mediche: 10.751	Prestazioni psicologiche: 5.611 Prestazioni del Comparto: 10.301	26.663
Anno 2023	Globali visite mediche: 11.210	Prestazioni psicologiche: 5.181 Prestazioni del Comparto: 11.614	28.005

N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta	Strutture accreditate per le dipendenze	Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)
Anno 2023	8.668	3.385
Anno 2024	7.176	2.842
Anno 2025	8145	2382

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 2025
(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...)	N° 1 edizione per N° 4 insegnanti con N°2 Educatori SerD	Tutto il territorio dell'ASL CN1

Nome progetto	Target	Tipo di intervento	Numeri	Sede degli interventi
"RETE SENZA FILI"	Insegnanti	Formativo (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...)	Corso formativo per insegnanti di N° 2 incontri con N° 17 partecipanti con N° 2 Educatori SerD	Tutto il territorio dell'ASL CN1
RETE REGIONALE "SAFE NIGHT" "INSIDE OUT"	giovani e adulti	Informativo, preventivo durante eventi/manifestazioni/concerti	1 serata a Savigliano 1 serata a Saluzzo 1 serata a Racconigi	Tutto il territorio dell'ASL CN1
"CERCA IL TUO FREE STYLE"	Studenti scuola superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	Progetto svolto in presenza N° 22 classi, N° 430 studenti	Sedi di Savigliano Fossano Racconigi
"#DACHEDIPENDE"	Studenti Progetto SAI scuola di Italiano	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, legislazione italiana e comportamenti consapevoli	Progetto svolto presso il "Centro SAI" con CSSM N° 2 incontri N° 36 adulti	Sede di Mondovì
"INFORMA-TI"	-Operatori del Privato Sociale Rappresentanti della "comunità educante" Cittadinanza	Confronti, consulenze e formazione sulle tematiche dell'Addiction	* Incontro volontari CRI con N° 8 partecipanti * Serata soci Rotary Club adulti N° 42 partecipanti * Serata soci Rotary Club adolescenti N° 19 partecipanti * Formazione volontari Lilt * Serata Progetto "Feel Good" presentazione alla cittadinanza del Servizio in rete	Sede di Ceva Sede di Mondovì Sede di Mondovì Territorio ASL CN1 e CN2 Comune di Mondovì
Incontri con i Centri di Aggregazione	Adolescenti	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio.	* 1 incontro con 15 partecipanti	Comune di Cuneo

Nome progetto	Target	Tipo di intervento	Numeri	Sede degli interventi
Incontro	Studenti scuole superiori	Intervento sul tema dell'uso/abuso e dipendenza	20 partecipanti	Comune 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
CANTIERE ADOLESCENTI (in collaborazione con DSM, Consultorio, NPI e CSSM)	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 e fondi diversificati	N°4 Cantieri in territorio ASLCN1 Cuneo "Al 34" Mondovì "Smart" Savigliano "Tag" Saluzzo
"PREVENZIONE DIFFUSA" POLITICHE GIOVANILI SALUZZO	Comune di Saluzzo e Comuni limitrofi	COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani	Attività e fondi diversificati	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

Il Dipartimento di prevenzione

Di seguito si riportano le tabelle relative all'attività del Dipartimento di Prevenzione.

UVOS – Prevenzione Serena

SCREENING ONCOLOGICO “PREVENZIONE SERENA”				
PROGRAMMA N. 4				
TEST	INDICATORI	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Mammografia	n. inviti alla popolazione	53.764	53.752	52.388
	n. test effettuati	40.212	37.891	39.192
	% adesione al test (spontanee + lettera)	74,8	70,5	74,8
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	2.122	1.846	1.790
Pap-test/HPV	n. inviti alla popolazione	37.360	39.885	39.605
	n. test effettuati	23.097	22.834	20.153
	% adesione al test (spontanee + lettera)	61,8	57,3	50,9
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	3.605	3.518	3.496
Rettosigmoidoscopia	n. inviti alla popolazione	477	0	0
	n. test effettuati	479	0	0
	% adesione al test	100,0	0,0	0,0
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	242	115	153
FIT	n. inviti alla popolazione	73.628	57.009	99.966
	n. test effettuati	27.362	25.256	35.092
	% adesione al test	37,2	44,3	35,1
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.381	1.681	1.893

AREA A - Sanità Animale Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
CONTROLLI UFFICIALI	Nr. ispezioni	3.163	3.043	4.076
	Nr. audit	2	2	2
	Nr. controlli monitoraggio	1.759	1.258	1.029
	Nr. controlli sorveglianza	3.884	3.737	5.384
CAMPIONAMENTO	Nr. prove tubercoliniche	43.949	48.677	36.682
	Nr. accertamenti diagnostici	1.202.331	834.751	756.684
	Nr. accertamenti diagnostici su latte	61.263	68.701	74.079
ANIMALI D'AFFEZIONE	Nr. eventi registrati in ARVET/SINAC su anagrafe animali d'affezione	10.566	7.208	7.902
	Nr. animali d'affezione identificati con microchip	1.892	1.232	2.356
	Nr. controlli ufficiali su animali d'affezione	737	734	746

AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale
Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
CONTROLLI UFFICIALI	Nr. ispezioni presso attività produttive	328	344	414
	Nr. audit presso attività produttive	34	30	26
	Nr. controlli per benessere al macello, trasporto e gestione	960	910	963
	Nr. controlli sistema allerte alimentari	100	93	398
CAMPIONAMENTO	Nr. campioni al macello	516	540	688
	Nr. campioni microbiologici e fisico-chimici	177	175	160
CAPI MACELLATI CARNI ROSSE	Nr. capi macellati carni rosse	479.728	440.001	525.133
CAPI MACELLATI CARNI BIANCHE	Nr. capi macellati carni bianche	9.917.711	10.093.291	13.029.399

AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
CONTROLLI UFFICIALI	Nr. ispezioni	2.825	2.886	2.821
	Nr. audit	34	62	28
CAMPIONAMENTO	Nr. campioni	1.473	1.472	1.138
CERTIFICAZIONI-ATTESTAZIONI	Nr. certificati per export di merci	5.028	4.740	5.243
	Nr. attestazioni	68	45	47
	Nr. istruttorie/riconoscimenti/registrazioni	135	111	183
	Nr. pareri	268	281	66

*totale pareri a cui hanno contribuito i tre Servizi Veterinari

SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione
Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
CONTROLLI UFFICIALI	Nr. ispezioni	1.248	1.359	1.181
	Nr. audit	9	8	4
CAMPIONAMENTO	Nr. campioni alimenti e acque naturali	268	210	241
	Nr. campioni acque potabili	1.367	1.218	1.079
CERTIFICATI ESPORTAZIONE	Nr. certificati esportazione	1.476	1.538	1.742
VALUTAZIONI NUTRIZIONALI	Nr. pareri su menu e tabelle dietetiche di mense scolastiche	815	792	737
	Nr. pareri su menu e e tabelle dietetiche dei presidi socio assistenziali	345	287	249

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
	Nr. sopralluoghi per verifiche nutrizionali	87	94	133

SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro
Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
CONTROLLI UFFICIALI	Nr. ispezioni	1.248	1.359	1.181
	Nr. audit	9	8	4
CAMPIONAMENTO	Nr. campioni alimenti e acque naturali	268	210	241
	Nr. campioni acque potabili	1.367	1.218	1.079
CERTIFICATI ESPORTAZIONE	Nr. certificati esportazione	1.476	1.538	1.742
VALUTAZIONI NUTRIZIONALI	Nr. pareri su menu e tabelle dietetiche di mense scolastiche	815	792	737
	Nr. pareri su menu e tabelle dietetiche dei presidi socio assistenziali	345	287	249
	Nr. sopralluoghi per verifiche nutrizionali	87	94	133

SISP – Igiene e Sanità Pubblica
Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
CERTIFICAZIONI ATTESTAZIONI REGISTRAZIONI	Nr. certificati	236	233	263
	Nr. registrazioni	5.101	5.300	4.766
MEDICINA DEI VIAGGI	Nr. persone a cui è stato fornito counselling	836	1.977	2.622
VACCINAZIONI	N. vaccinazioni eseguite dal SISP	76.016*	80.224*	49.338
GESTIONE MALATTIE INFETTIVE	Nr. notifiche registrate	1.255	1.504	2.144

*dato comprensivo vaccini COVID

Medicina Legale
Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
ATTIVITA' MONOCRATICA AMBULATORIALE	Nr. ispezioni secondo livello - monocratica	0	3	0
	Nr. pareri	30	26	29
	Nr. pareri adozioni	40	28	23
	Nr. certificazioni - monocratica	3.874	4.763	6.057
ATTIVITA' COLLEGGIALE	Nr. visite domiciliari	497	769	726
	Nr. pratiche collegiali	18.415	18.407	19.100
ATTIVITA' NECROSCOPICA	Nr. ispezioni	2.941	3.029	2.919
	Nr. ispezioni 2 livello - decessi	185	168	175

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
	NR. certificazioni decessi	1.277	1.639	1.765
PARERI – PRATICHE PER INDENNIZZI	Nr. pareri pratiche per indennizzi	426	423	351
RISCHIO CLINICO	Nr. perizie consulenze	54	44	50
REGISTRAZIONI	Nr. registrazioni	19	24	43

P.M.P.P.V

Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
INTERVENTI	Nr. interventi	1.984	4.996	3.919
	Nr. trasporti	343	295	281
	Nr. interventi in reperibilità	137	123	99
CAMPIONAMENTI	Nr. ingressi in stalla per prove diagnostiche	1.784	1.884	1.929
MARCHI AURICOLARI DUPLICATI	Nr. marchi auricolari duplicati	6.834	5.730	4.346

S.S.D. Prevenzione e Promozione della Salute

Dati di attività 2023- 2024– 2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
ATTIVITÀ SETTING SCUOLA CON GESTIONE DIRETTA	Nr. destinatari intermedi coinvolti (docenti, referenti, operatori sanitari , genitori, ecc)	608	302	290
	Nr. destinatari finali coinvolti (studenti)	1.721	3.409	2.600
ATTIVITÀ SETTING SCUOLA CON COORDINAMENTO PROGETTI/PROGRAMMI	% Nr. Scuole coinvolte in progetti /n° Scuole totali	96%	97%	98%
	Nr. Servizi /Associazioni coinvolti	43	50	25
ATTIVITÀ SETTING COMUNITÀ	Nr. progetti inter istituzionali attivi	3	10	7
	Nr. Comuni /Enti/Associazioni coinvolti	15	20	40
GESTIONE FLUSSI INFORMATIVI	Nr. progetti aziendali gestiti sistema regionale Pro.Sa	96	106	51
FORMAZIONE	Nr. corsi attivati	4	9	9
	Nr. destinatari raggiunti	131	251	241

S.S.D. Salute, Ambiente, Radioprotezione
Dati di attività 2023-2024-2025

ATTIVITA'		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
ISPEZIONI	Nr. interventi di controllo	307	290	293
	Nr. sopralluoghi	699	220	328
	Nr. accertamenti strumentali	138	161	180
	Nr. azioni di campionamento	166	184	200
ATTI AMMINISTRATIVI (rilascio autorizzazioni pareri)	Nr. pareri	447	391	437
PARTECIPAZIONE A COMMISSIONI	Nr. sedute di commissioni	61	122	172
	Nr. progetti/strutture esaminate	296	122	148
	Nr. sopralluoghi	699	85	328

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, sono coinvolti nel sistema di misurazione attraverso 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.

Nel corso del 2024 è stata aggiornata la componente aziendale dell'equipe mista formata da una serie di professionisti che si occupano di effettuare una Valutazione Partecipata della Qualità delle strutture ospedaliere e dei servizi offerti, secondo la prospettiva del cittadino, attraverso la realizzazione di un'indagine sulla qualità secondo le indicazioni della Regione e i principi dell'empowerment e dell'umanizzazione delle cure.

Nel corso dell'anno 2025 sono state intraprese le seguenti attività di valutazione della qualità percepita dell'utenza in forma riservata e anonima.

- **CURE PALLIATIVE:** indagine di soddisfazione della qualità dell'assistenza presso la struttura Cure Palliative Hospice di Busca con Report quadrimestrale dei Questionari di gradimento. L'indagine si rivolge sia ai pazienti che ai caregiver e viene somministrata a tutti i ricoverati e ai loro rispettivi parenti. Nel 2025 hanno risposto 61 pazienti e 75 parenti rispetto alla loro percezione sull'organizzazione, sulla relazione e la comunicazione tra personale e assistiti.
- **SIMT: dal 1 ottobre al 31 dicembre 2025** è stato distribuito il questionario di soddisfazione presso le sedi della SS Medicina Trasfusionale di Ceva, Fossano, Mondovì, Saluzzo e Savigliano. Il questionario aveva lo scopo di raccogliere le opinioni dei donatori di Sangue che accedono ai diversi Punti di Raccolta dell'ASLCN1. Dall'analisi dei dati raccolti su un campione di circa 700 donatori, risulta un grado di soddisfazione del servizio tra il molto buono e l'ottimo. Dall'elaborazione delle risposte aperte sono stati tratti spunti di miglioramento per l'assistenza agli utenti.

Nel 2026 si prevede un'ulteriore indagine che si focalizzi sulla valutazione della qualità percepita dalle strutture che applicano il percorso trasfusionale rispetto al servizio offerto dal SIMT di riferimento

- **PROCRAZIONE MEDICA ASSISTITA:** per assolvere al piano di adeguamento inserito nel

riesame 2024 della S.S. Fisiopatologia della riproduzione umana, da luglio a ottobre 2025 è stato distribuito un questionario di soddisfazione presso la struttura PMA di Fossano alle coppie che accedono al servizio.

I dati raccolti sono stati discussi durante il riesame 2025 tenutosi a maggio 2026. L'attività verrà riproposta da giugno a dicembre 2026.

- MEDICINA MONDOVÌ: nel 2025 il gruppo di lavoro aziendale sulla Medicina di Genere ha formulato un altro questionario, il cui scopo era di saggiare la conoscenza e la sensibilità dei dipendenti dell'ASLCN1 sul tema. La somministrazione del questionario è avvenuta da giugno a dicembre 2025. L'indagine ha permesso di acquisire dati per definire eventi formativi mirati ai bisogni dei dipendenti in materia di medicina di genere da realizzare nel 2026.
- GINECOLOGIA: A proseguimento delle iniziative degli anni precedenti, dal **1 ottobre 2025** è stato distribuito il questionario di soddisfazione presso la SC Ginecologia e Ostetricia di Mondovì. Il questionario aveva lo scopo di raccogliere le opinioni delle donne sulla qualità dei servizi sia per l'assistenza alle pazienti ginecologiche sia alle donne in gravidanza che usufruiscono del Punto Nascita di Mondovì. Per il 2026 si prevede di ripetere l'iniziativa con modalità più smart (ad esempio un questionario online a cui si accede con un qr-code).
- SERVIZIO DI RISTORAZIONE: Indagine di soddisfazione sul servizio di ristorazione, per coloro che accedono alla mensa aziendale o usufruiscono del servizio nelle strutture di degenza sia come dipendenti che come degenti, iniziata nel mese di dicembre 2024 nei presidi ospedalieri di Ceva, Fossano e Mondovì. Nel gennaio 2025 sono stati indagati i presidi di Savigliano e Saluzzo. L'indagine ha riguardato aspetti sia di qualità che di quantità degli alimenti somministrati, ma anche su aspetti relazionali e di comfort ambientale dei locali.
- VALUTAZIONE PARTECIPATIVA: con i rappresentanti di Cittadinanza attiva l'equipe mista empowerment ha effettuato una valutazione della qualità dei servizi erogati attraverso la compilazione di una check-list fornita da AGENAS. L'indagine intitolata "valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle RSA" riguardava i seguenti aspetti:
 - processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona, accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
 - RSA senza dolore e cure palliative
 - rispetto della dignità e della privacy
 - continuità delle cure
 - tutela dei livelli di autonomia e mantenimento degli interessi personali
 - trasparenza e accessibilità alle informazioni
 - comfort alberghiero

Al termine dell'incontro con la RSA "Angelo Spada" di Racconigi, è stato redatto un piano di miglioramento le cui azioni verranno intraprese nel corso del 2026.

Inoltre attraverso gli sportelli dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico aperti nelle diverse sedi territoriali è stata gestita una mole di lavoro di 16.797 passaggi annui (comprensivi di reclami, segnalazioni, percorsi di tutela, suggerimenti, elogi e informazioni), significativi di un buon coinvolgimento della

popolazione e di una costante richiesta di interazione tra Azienda e Cittadino. Grazie ai report elaborati sono stati evidenziati i punti di forza e debolezza al fine di poter prevedere specifiche azioni di miglioramento. Sono state inoltre implementate attività più dirette e personalizzate di contatto con l'utenza mediante l'utilizzo dei social media con cui si garantisce un'interazione costante con gli oltre 15400 followers su Facebook e oltre 3000 su Instagram e una media di circa 35.000 visualizzazioni a settimana sui post pubblicati.

2.4 Il Valore Pubblico

2.4.1 Definizione

La valutazione della performance organizzativa nelle pubbliche amministrazioni ed in particolare in ASLCN1 è il risultato di un'evoluzione storica che ha trasformato il modo di intendere l'efficacia dell'azione pubblica. Si è passati da una logica centrata sulla spesa e sulle attività (quanto si fa) a una focalizzata sui risultati e sugli impatti (cosa si ottiene e con quale valore per i cittadini).

L'obiettivo finale non è più solo rispettare procedure o raggiungere obiettivi interni, ma generare valore pubblico, ossia produrre effetti positivi e misurabili sul benessere collettivo e sulla qualità della vita. La performance organizzativa, quindi, non è un esercizio tecnico ma una leva strategica per orientare l'ASL verso l'impatto e la sostenibilità dei risultati.

Il Valore Pubblico (VP) può essere definito come il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholder creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza. In sintesi è il benessere addizionale complessivo, ottenuto governando le performance in tale direzione, proteggendo l'Ente dai rischi connessi, tutelando lo stato di salute delle risorse.

La missione istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione (PA) è quindi la creazione di Valore Pubblico. Un ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale. Un ente crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti. In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

Un Ente crea Valore Pubblico se consegue un miglioramento:

- del livello di benessere (economico-sociale-ambientale, ecc..) dei destinatari delle politiche dell'Ente, rispetto alle condizioni di partenza;
- preservando il livello di salute delle risorse (umane, economico-finanziarie, digitali, ecc..) destinatarie dei progetti di miglioramento amministrativo dell'Ente, rispetto alle condizioni di partenza.

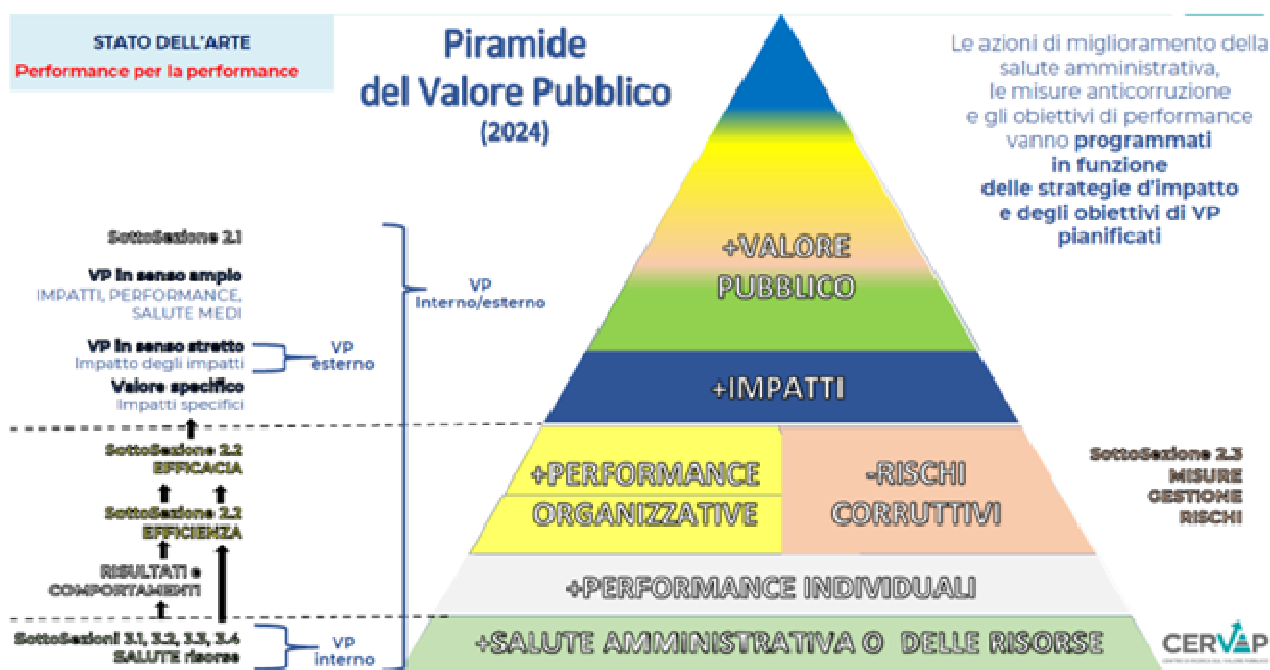
La creazione di Valore Pubblico esterno dipende dal miglioramento delle performance che, a sua volta, dipende dal miglioramento della salute delle risorse dell'amministrazione: la creazione di

Valore Pubblico interno è, dunque, il presupposto per la creazione di Valore Pubblico esterno.

2.4.2 L'impatto del Valore Pubblico

Il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle PPAA e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse). Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto (il "cosa", logica di breve periodo) ma anche il "come", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo.

In tempi di risorse economiche scarse e di esigenze sociali crescenti, viene creato Valore Pubblico quando si riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholder in generale). Le esperienze di questi ultimi decenni (in cui si è passati da comportamenti totalmente orientati al consenso sociale a comportamenti caratterizzati da un'economicità spinta, i tagli lineari alla spesa pubblica) danno evidenza al fatto che la generazione di Valore Pubblico si realizzi grazie a un mix equilibrato di economicità e socialità, in cui si ponga una forte attenzione al fattore ambientale e alle modalità con la quale la PA riesce a gestire le proprie risorse. La finalizzazione del ciclo della performance delle aziende sanitarie verso il Valore Pubblico può rappresentare una via per superare il trade-off tra efficientamento e miglioramento degli impatti socio-sanitari.



Fonte dati: CERVAP Centro di Ricerca sul Valore Pubblico

2.4.3 Pianificazione strategica del Valore Pubblico in ASL CN1

Come si è detto, la performance organizzativa rappresenta la capacità complessiva di un'amministrazione pubblica di attuare le proprie strategie, erogare servizi di qualità, mantenere la propria "salute" nel tempo e generare valore pubblico per cittadini e stakeholder.

Non si tratta solo di "quanto" l'amministrazione fa, ma anche di come lo fa (nel rispetto di legalità,

equità e integrità) e quali risultati concreti produce nel contesto sociale ed economico in cui opera. L'obiettivo della valutazione è rispondere in modo oggettivo e comprensibile a domande fondamentali: l'amministrazione è ben gestita? Usa in modo efficiente le risorse? Sta raggiungendo gli obiettivi strategici? Produce un impatto reale sulla collettività?

Il focus sulla governance collaborativa e sugli outcome per i cittadini significa che il successo dell'amministrazione non si misura solo in termini di efficienza, ma di impatto sociale, ambientale e istituzionale.

Anche in conseguenza della nascita del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), che integra obiettivi, risorse, tecnologie e formazione, partendo dal valore da generare si considera valido anche il principio del "reverse budgeting": non si dovrebbe partire dalla spesa e dal suo controllo, ma dal valore pubblico desiderato, per poi definire obiettivi, attività e risorse.

Come nei piani strategici pluriennali che a livello di Sistema Europa e Italia, viene attuato un collegamento tra indicatori economici e di sostenibilità (riduzione emissioni, riciclo, efficienza energetica), in prospettiva anche gli enti pubblici dovranno definire macro-indicatori di impatto per comunicare il proprio contributo al benessere collettivo.

Per questo motivo a partire dall'anno 2025, gli obiettivi dell'ASLCN1 sono stati correlati anche agli obiettivi dell'Agenda ONU 2030, per dare un quadro di più ampia visione e respiro della strategia aziendale.

All'interno dell'ASL CN1 le strategie per la creazione del Valore Pubblico ed i relativi indicatori di impatto, in coerenza con i documenti di programmazione economico finanziaria sono i seguenti:

SVILUPPO DELLA MEDICINA DI PROSSIMITÀ
In linea con la programmazione della Missione 5 del PNRR, l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e rafforzamento dell'assistenza domiciliare e implementazione della Telemedicina.
PIANO DI RECUPERO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DI RICOVERO
In ottemperanza al Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019/2021, riduzione dei tempi e delle liste di attesa, garantire il rispetto dell'erogazione delle prestazioni sanitarie evitando degenze prolungate, effettuazione delle visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica, apertura dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei festivi, assicurare una corretta comunicazione sui siti web e migliorare l'appropriatezza prescrittiva.
MIGLIORAMENTO NELLA GESTIONE E MISURAZIONE DEL BOARDING DEA/PS
Garantire un miglior servizio ai pazienti che accedono al Pronto Soccorso con consulenze erogate entro i 60 minuti, limitando il tempo medio di permanenza.
DIGITALIZZAZIONE FSE: Innovazione e Ricerca
Rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali come da azioni previste dal PNRR Missione 6 e diffusione del FSE e implementazione dei servizi di Telemedicina e Teleassistenza come strumenti volti a favorire la presa in carico globale del paziente.
ASSICURARE EQUILIBRIO ECONOMICO
Monitoraggio costante della Scheda Risorse e Attività e definizione dei Budget Trasversali con particolare riguardo agli extra LEA, agli accordi con fornitori di prestazioni sanitarie, ai costi per i trasporti e l'energia, al contenimento della spesa farmaceutica, ai dispositivi medici, ai beni e servizi, alla protesica, all'assistenza anziani.
PREVENZIONE PIANO PANDEMICO
Dare attuazione all'aggiornamento approvato dalla Regione Piemonte, sia territoriale sia ospedaliero, revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie, individuazione delle misure da adottare per ogni fase e definizione delle procedure di riferimento al fine di fornire risposte coordinate e sistemiche.

FLUSSI INFORMATIVI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
Efficacia e sicurezza nei trattamenti farmacologici e efficienza nell'allocazione delle risorse disponibili con aggiornamento costante della Scheda Risorse e Attività.
PROCESSI PRODUTTIVI
Costante attenzione alla produzione di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, alla mobilità passiva, alla garanzia dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), nell'effettuazione tempestiva dei PTCA in casi di IMA STEMI, nelle donazioni di organi e nel programma regionale del rischio clinico della sicurezza del paziente.
EDILIZIA SANITARIA
Costruzione del nuovo Ospedale dell'Area Nord, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (COT).
TRASPARENZA
Rispetto degli adempimenti previsti dalla legge.

I bisogni da soddisfare sono stati identificati seguendo operativamente la seguente sequenza:

- identificazione dei problemi o delle opportunità, attraverso l'analisi del contesto → *da dove nasce l'esigenza di creare o proteggere il Valore Pubblico?*
- Selezione degli obiettivi di VP come risposta ai problemi o alle opportunità di contesto → *Quale Valore Pubblico in risposta alle esigenze analizzate?*
- Individuazione delle opzioni e delle modalità di raggiungimento degli obiettivi di VP, attraverso la definizione di strategie di creazione o di protezione del VP atteso, tenendo conto del fatto che per ogni obiettivo di VP, si possono pianificare una o più strategie tra loro sinergiche → *Come creare o proteggere il Valore Pubblico atteso?*
- Associazione di ogni obiettivo di VP agli indicatori di impatto afferenti alle diverse dimensioni del benessere → *Quanto Valore Pubblico? E cioè, quanto impatto sugli stakeholder in termini di benessere sociale, economico, ambientale, sanitario, ...?*

2.5 I risultati nella partecipazione comunicata

L'ASL CN1 nel corso del 2025 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 2025.

INIZIATIVE E PROGETTI 2025

GENNAIO		A Savigliano diventa realtà il taglio cesareo “gentile” “Il taglio cesareo <i>gentile</i> è un approccio al taglio cesareo che riduce il più possibile l’enfasi sui processi operativi e chirurgici, spostando il focus sulla madre, il neonato e la famiglia nascente. Anche studi recenti hanno dimostrato che è del tutto sicuro sia per la madre che per il neonato”. Pochissimi Punti Nascita in Regione adottano Protocolli terapeutici specificamente dedicati al taglio cesareo “gentile” e in tal senso l’Ostetricia di Savigliano è il primo – nell’ASL CN1 - ad includerlo stabilmente nella propria offerta di servizi e cure alle future mamme.
FEBBRAIO		Inaugurate nuove apparecchiature all’ospedale di Saluzzo Tre importanti apparecchiature, donate dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Saluzzo, sono state inaugurate stamattina all’ospedale di Saluzzo. Si tratta di un ecografo portatile per il posizionamento dei cateteri venosi direttamente al letto del paziente, un apparecchio portatile per radioscopia e un sistema di monitoraggio dei parametri vitali utilizzati entrambi in sala operatoria.
FEBBRAIO		Conoscere sé stessi e i propri figli con la mindfulness. Percorso per genitori di minori con disturbi dello spettro autistico A partire dal mese di marzo, presso il Centro Autismo e Sindrome di Asperger dell’ospedale Regina Montis Regalis di Mondovì, partirà un percorso di <i>Mindfulness</i> rivolto ai genitori dei minori con disturbi dello spettro autistico. La Mindfulness è un insieme di pratiche che attraverso l’ascolto del corpo, con il suo mondo di sensazioni, emozioni e pensieri, insegna a prendersi cura di sé stessi, in particolare del corpo, del cuore e della mente.
FEBBRAIO		Un progetto da 250 mila euro per finanziare la mobilità sostenibile in Asl CN1 ha portato dieci nuovi mezzi in Azienda: 7 city car ibride, 2 minibus 9 posti per trasporto persone, a disposizione del dipartimento di Salute Mentale per le Comunità di Mondovì e Ceva, un autocarro cabinato a servizio del dipartimento di Prevenzione, in particolare per il Presidio Multizonale di profilassi e polizia veterinaria che copre tutto il territorio provinciale., Il progetto è stato finanziato dalla Fondazione CRC.
FEBBRAIO		Il Centro di Riabilitazione Visiva di Fossano amplia gli spazi Presso il Centro di Riabilitazione Visiva (CRV) di Fossano, uno dei cinque punti di riferimento presenti in Piemonte, è stato appena inaugurato un appartamento, specificamente concepito, arredato e attrezzato per favorire le autonomie personali delle persone cieche e ipovedenti. L’appartamento è nato grazie alle fondazioni bancarie Cassa di Risparmio di Cuneo e Cassa di Risparmio di Fossano.

MARZO		“Cullami tra le note”, la musica nell’accompagnamento alla nascita Prende avvio a Saluzzo martedì 18 marzo l’iniziativa Cullami tra le note, promossa dal progetto CONsonanTE della Fondazione Scuola per l’Alto Perfezionamento Musicale (APM), in collaborazione con l’ASL CN1 (su mandato della direzione strategica ha seguito passo passo il percorso il settore Progetti Innovativi) nell’ambito di Wellgranda - Reti di Welfare della Fondazione CRC.
MARZO		Anche l’ospedale di Savigliano alla “Just the woman I am” Presenza importante del gruppo dell’Asl CN1, tra i più numerosi con i suoi oltre 40 iscritti, alla manifestazione “Just the woman I am”, che ha coinvolto anche con 400 partecipanti la Città di Savigliano domenica 9 marzo. Al termine della camminata, i clinici, hanno sottolineato l’importanza di fare prevenzione (e anche il movimento rientra tra le pratiche suggerite per stare in salute) e la necessità di porre attenzione ai segnali che arrivano dal proprio corpo.
APRILE		Con la cartella clinica elettronica Asl CN1 sempre più digitale L’Asl CN1 prosegue il suo percorso di digitalizzazione in linea con le indicazioni nazionali e regionali, sviluppando progetti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il completamento delle procedure per l’attuazione della cartella clinica elettronica entra nel processo di dematerializzazione documentale; ciò significa che non soltanto la cartella, ma tutto il processo di creazione e gestione della stessa è digitale.
APRILE		Asl CN1 e S. Croce: nasce un tavolo di lavoro permanente per la gestione delle liste di attesa e di percorsi di cura Un tavolo permanente per consolidare una collaborazione tra l’Asl CN1 e l’Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo per la gestione delle liste di attesa e dei percorsi di cura dei pazienti nell’ambito di alcune Specialità. Un impegno importante, dopo gli ottimi risultati riscontrati nella collaborazione coordinata della gestione dell’ictus, con risvolti positivi anche nell’impiego della telemedicina.
APRILE		Il liceo artistico “SOLERI-BERTONI” di Saluzzo entra in rianimazione a Savigliano Una importante sinergia tra servizi sanitari, studenti e insegnanti ha prodotto alcuni progetti per migliorare gli spazi del reparto di Rianimazione dell’ospedale di Savigliano. Questa opportunità per rendere il luogo di cura sereno e accogliente è arrivata dalla collaborazione con il liceo artistico di Saluzzo: i ragazzi e le loro insegnanti, hanno studiato la planimetria della Rianimazione e hanno ascoltato le testimonianze di alcuni operatori e di familiari di ricoverati, per cogliere le necessità e le caratteristiche principali di un reparto di area critica.
APRILE		S.O.G.N.I. un progetto innovativo attivato dal dipartimento di salute, con la collaborazione della Struttura Ciclo della Performance e Progetti Innovativi dell’ASL e il sostegno della Fondazione CRT. Un’attività, esempio di economia circolare, è stata sviluppata un’attività di orticoltura nei campi circostanti la struttura psichiatrica terapeutica, per coltivare specie commestibili presso la Comunità Solaro di Mondovì.

MAGGIO		PHON'O'METER un progetto per educare i genitori all'uso consapevole dello smartphone Presentato oggi in conferenza stampa “Phon’o’meter”, lo strumento messo a punto dal Ser.D. dell’Asl CN1, in collaborazione con l’ACAT di Cuneo, e il coinvolgimento di numerosi servizi ospedalieri e distrettuali. Lo scopo è quello di fornire agli adulti, genitori e insegnanti, indicazioni per comprendere i rischi derivanti dall’utilizzo del digitale, in particolare dallo smartphone e altri device.
MAGGIO		La Stanza per il pasto assistito. Inaugurata all’ospedale di Saluzzo la stanza per il pasto assistito, un aiuto a chi soffre di disturbi alimentari.
GIUGNO		Una panchina rossa all’ospedale di Savigliano per ricordare l’impegno nella lotta alla violenza di genere Una panchina rossa posizionata all’ingresso della Portineria dell’ospedale di Savigliano ricorda l’impegno dell’Asl CN1 sul tema della violenza di genere. E’ stata inaugurata oggi alla presenza della Direzione Generale, del direttore sanitario di Presidio, dei rappresentanti del CUG (Comitato Unico di Garanzia).
GIUGNO		In un anno 1600 percorsi di tutela gestiti dall’ASL CN1 Erano 832 a fine 2024 (l’attività era iniziata a giugno) sono già 830 quelli gestiti nei primi 5 mesi di quest’anno. Si chiamano “percorsi di tutela”, sono previsti da una legge nazionale e la Regione Piemonte, con due circolari dell’aprile e luglio 2024 ha definito le linee guida. In sostanza l’Asl è chiamata a garantire ai cittadini che, avendone i requisiti, lo richiedano, percorsi di tutela nell’ambito del rispetto dei tempi di attesa per visite e prestazioni specialistiche.
GIUGNO		“I CARE FOR ME FOR YOU”, coinvolti oltre 400 studenti sul territorio dell’ASL CN1 La campagna di prevenzione dal titolo "I care for me for you" svolta all’interno del Progetto Diderot della Fondazione CRT, in collaborazione con la Rete Oncologica Piemonte e Valle D’Aosta e Azienda Zero ha coinvolto tra le Aziende Sanitarie anche l’Asl CN1 che ha svolto attività nelle scuole coinvolgendo oltre 400 studenti. Un progetto educativo che offre agli studenti delle scuole primarie e secondarie di Piemonte e Valle d’Aosta l’opportunità di approfondire le materie tradizionali con metodologie innovative e di avvicinarsi a discipline non sempre presenti nei programmi curriculari.

GIUGNO		Costituito il CRAL dell'ASLCN1 , il CRASL CN1 associazione di promozione sociale con finalità assistenziali, civiche, solidali e di utilità a favore di dipendenti e affini dell'AslCn1. Il nuovo Cral nasce grazie al lavoro svolto dall'Azienda nell'ambito di Wellgranda Reti di Welfare sostenute dalla Fondazione CRC e alla fattiva collaborazione con ACLI. Obiettivo della nuova associazione è rafforzare il senso di appartenenza all'Azienda, rispondere alle esigenze dei dipendenti in tema di benessere lavorativo, offrendo ai medesimi la possibilità di sfruttare al meglio il loro tempo libero e di essere ottenere costantemente informazioni sulla propria azienda con un miglioramento del livello della motivazione e soddisfazione professionale.
GIUGNO		S.O.S. DEA", parte il Servizio Civile in Pronto soccorso a Savigliano. presso il Pronto Soccorso di Savigliano sarà attivo un progetto di Servizio Civile denominato "S.O.S. DEA". Il Progetto, elaborato dal Dipartimento Emergenza Urgenza dell'ASLCN1, ha la finalità di rispondere ai bisogni di accoglienza e informazione degli utenti e dei loro accompagnatori rafforzando le basi per la creazione di un contesto operativo e relazionale che favorisca l'accoglienza, l'inclusività e il supporto, nel rispetto della privacy.
LUGLIO		La "Cura nello sguardo" dona nuovi armadietti agli infermieri dell'Hospice di Busca per gli spogliatoi destinati al personale infermieristico dell'Hospice di Busca, struttura in cui operatori specializzati si dedicano quotidianamente all'erogazione delle cure palliative, sia in sede che a domicilio sul territorio.
LUGLIO		L'AVIS di Savigliano dona una poltrona al Trasfusionale. La poltrona è gialla come il plasma proprio per sensibilizzare sull'importanza della donazione di emocomponente che salva la vita. Il gesto mira a supportare la raccolta di plasma e a sensibilizzare i donatori, sottolineando l'importanza della collaborazione tra AVIS e la struttura sanitaria locale.
AGOSTO		Videosorveglianza attiva presso i Pronto Soccorso degli ospedali dell'Azienda. È attivo, nei Pronto soccorso di Saluzzo, Savigliano, Mondovì e Ceva, un sistema di videosorveglianza. La nuova misura, installata nel rispetto delle norme sulla privacy, è stata adottata a tutela di tutto il personale sanitario operante nelle Strutture, sia come deterrente rispetto ad azioni che configurino violenze fisiche o verbali, sia per acquisire, quando necessario, materiale da sottoporre alle Forze dell'Ordine.

SETTEMBRE		100 mila euro da Fondazione Cassa di Risparmio di Saluzzo all'Ospedale. Nuove apparecchiature per consentire ai reparti ospedalieri e ai servizi di incrementare e migliorare qualitativamente le prestazioni diagnostiche rivolte ai cittadini dell'area saluzzese. Lo stanziamento era stato erogato dalla Fondazione della Cassa di Risparmio di Saluzzo all'ASL CN1 ed ha consentito di acquisire: un ecotomografo multidisciplinare per la struttura complessa di diabetologia territoriale, in condivisione con la fisiatria; un ecografo per la struttura di ostetricia e ginecologia di Savigliano, da utilizzarsi nell'ambulatorio di Saluzzo; un frontofocometro e un tonorefrattometro a disposizione dell'Oculistica.
SETTEMBRE		Screening visivo nelle scuole: il progetto riparte ad ottobre grazie alla donazione degli Amici dell'Ospedale di Savigliano. Con lo strumento donato dagli "Amici dell'Ospedale di Savigliano" sono stati esaminati per l'ambliopia (occhio pigro) più di 1.600 bambini, si riparte a metà ottobre Savigliano, 4 settembre 2025. Si è conclusa lo scorso giugno la campagna di screening visivo rivolta ai bambini nati nel 2020, promossa e coordinata dalla Struttura Complessa di Oculistica dell'ASL CN1
SETTEMBRE		3 milioni per gli ospedali del territorio da Fondazione CRC e Intesa San Paolo. Fondazione CRC e Intesa Sanpaolo promuovono un intervento congiunto che mette a disposizione 3 milioni di euro per 3 interventi infrastrutturali a favore dell'Ospedale "Santa Croce e Carle" di Cuneo, dell'Ospedale "Michele e Pietro Ferrero" di Verduno e dell'Ospedale "Regina Montis Regalis" di Mondovì.
SETTEMBRE		Riconoscimento Platinum all'Ospedale di Savigliano per la cura dell'Ictus. Rapidità nell'iniziare la terapia, alto tasso di ricanalizzazione, ampia applicazione di diagnostica per immagini precoce e valutazione della disfagia, utilizzo appropriato di terapie antitrombotiche e anticoagulanti: sono alcuni degli indicatori per la misurazione della qualità della presa in carico dei pazienti colpiti da ictus rispetto ai quali l'Ospedale di Savigliano, attraverso le diverse strutture coinvolge, è risultato all'altezza di essere inserito tra i poli di eccellenza del panorama italiano ricevendo il riconoscimento platinum dell'ESO Angels Award.
SETTEMBRE		Dai Lions una donazione alla Terapia Antalgica. Lo strumento verrà utilizzato nella sede ospedaliera di Saluzzo. Uno strumento a supporto dell'attività degli operatori dell'ambulatorio per gli accessi vascolari della struttura di Terapia Antalgica (che fa capo al dipartimento di Emergenza Urgenza diretto da Mario Raviolo) presso l'ospedale di Saluzzo. E' un device donato dai Lions Club Saluzzo-Savigliano e Scarnafigi Piana del Varaita, acquisito con l'aiuto di alcuni amici e il contributo della Fondazione della Cassa di Risparmio di Saluzzo che, insieme, hanno consentito la realizzazione del service.

SETTEMBRE		Presentato ai Sindaci e al territorio il progetto del NUOVO OSPEDALE UNICO DI PIANURA che sorgerà alle porte di Savigliano. Dopo l'apertura della Conferenza dei Servizi, il progetto del nuovo Ospedale Unico di Pianura è stato presentato ai sindaci del territorio nel corso di un incontro al quale ha preso parte il presidente della Regione, Alberto Cirio, a Savigliano.
OTTOBRE		Ospedale di Savigliano: approvato il progetto per il rilancio dell'Ostetricia. Il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale SS. Annunziata di Savigliano è stato rilanciato attraverso un importante progetto di riqualificazione strutturale e gestionale, inaugurato a ottobre 2025. Il piano, con un investimento di 290.000 euro, prevede il rinnovo dei locali, il potenziamento del comfort alberghiero e un'integrazione operativa con l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo.
OTTOBRE		Fossano: cresce l'ambulatorio di Fisiopatologia Chirurgica. E' stato inaugurato oggi presso il Poliambulatorio di Fossano un sistema di manometria esofagea/rettale di ultima generazione, acquisita con il contributo della Fondazione della Cassa di risparmio di Fossano, a disposizione dell'ambulatorio di Fisiopatologia.
OTTOBRE		Un ventilatore polmonare portatile in memoria di Martina. Un ventilatore polmonare portatile utilizzabile sia da adulti che da bambini è stato donato al DEA dell'Ospedale Regina Montis Regalis di Mondovì dai genitori di Martina Cora, giovane ragazza monregalese scomparsa 10 anni fa.
NOVEMBRE		CRASL CN1 – Inaugurato il nuovo Locker WeSpesa. Installato il primo locker per la consegna della Spesa di prodotto da aziende agricole della provincia presso la sede dell'ASL di Via Carlo Boggio a Cuneo. Un'altra iniziativa a favore del benessere dei dipendenti.
NOVEMBRE		ASL CN1 al 48° World Hospital Congress di Ginevra. L'ASL CN1 ha partecipato al 48° World Hospital Congress della International Hospital Federation (IHF), presentando il poster "Implementation of a care organizational model in a multispecialty surgical unit in Piedmont: from design to impact assessment". Il progetto illustra l'esperienza di un modello di assistenza infermieristica organizzato per settori specialistici, adottato nell'unità chirurgica multispecialistica Long Surgery dell'ASLCN1.

NOVEMBRE		Mondovì: dal progetto “Un sorriso per Giorgia” un visore all’Oncologia. L’apparecchiatura, presentata ieri, è stata donata alla struttura di Oncologia dall’associazione Esedra, in relazione al progetto “Un sorriso per Giorgia” per l’utilizzo da parte del team degli accessi venosi centrali che fa riferimento alla struttura dipartimentale
NOVEMBRE		Piano Nazionale Esiti - Agenas promuove l'ospedale di Savigliano. L'ospedale Santissima Annunziata di Savigliano è stato promosso a pieni voti dal Piano Nazionale Esiti (PNE) 2025 dell'Agenas, posizionandosi tra le migliori strutture sanitarie in Italia. È uno dei soli due ospedali in Italia (insieme a Mestre) ad aver ottenuto la valutazione massima su tutte le 8 aree cliniche monitorate
NOVEMBRE		Giornata contro la violenza sulle donne: le iniziative dell’ASLCN1. In occasione della Giornata Internazionale per l’eliminazione della violenza contro le donne del 25 novembre l’AslCn1 ha vissuto due diversi momenti presso gli ospedali di Savigliano e Mondovì con l’obiettivo di far conoscere i servizi offerti dalla rete ospedaliera a supporto di coloro che sono vittime di violenza per incoraggiare a rompere il silenzio, fornendo strumenti concreti e indirizzi a cui rivolgersi per chiedere aiuto.
DICEMBRE		Savigliano: dagli “Amici dell’Ospedale” un ecografo all’Oncologia. Un nuovo ecografo è entrato ufficialmente in funzione nel reparto di Oncologia dell’ospedale SS. Annunziata di Savigliano, grazie alla generosità dell’associazione “Amici dell’Ospedale” e al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Savigliano

3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Come descritto nella Sezione Performance, contenuta nel PIAO, approvato con Deliberazione n. 46 del 28/01/2025, e integrata con la presa d'atto degli obiettivi (Deliberazione n. 165 del 29/04/2025), successivamente aggiornata con Deliberazione n. 310 del 22/09/2025, 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. 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. 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 nella Sezione Performance del PIAO, 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 della Sezione Performance del PIAO 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 lente 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.

Le diverse dimensioni della performance si collocano lungo la catena del valore pubblico e consentono di valutare sia la capacità potenziale dell'ente, sia il modo in cui le risorse vengono trasformate in risultati e in valore per i cittadini.

La performance pubblica per definizione è multidimensionale:

- non può essere misurata con un solo indicatore
- richiede la combinazione di più prospettive
- riflette input, output e risultati esterni

Nella relazione valutare bene significa *“considerare lo stato delle risorse, presidiare l'economicità, migliorare l'efficienza, misurare il raggiungimento degli obiettivi, valutare gli effetti e il valore per i cittadini.”*

Nel ciclo della performance è essenziale distinguere tra output e outcome, due livelli diversi di risultato che implicano differenti gradi di controllo e responsabilità.

Gli output rappresentano ciò che l'ASL produce direttamente (beni, servizi, regole), mentre gli outcome descrivono gli effetti concreti e duraturi che tali output generano sul contesto sociale, economico e ambientale.

Gli output, essendo risultati immediati delle azioni avviate, sono direttamente controllabili e riflettono l'efficienza e l'efficacia gestionale interna; possono essere misurati con indicatori quantitativi e qualitativi. Gli outcome sono gli effetti di medio-lungo periodo prodotti dagli output e misurano il valore pubblico generato; sono influenzabili ma non controllabili direttamente dall'amministrazione in quanto dipendono anche da fattori esterni (contesto, comportamenti, condizioni economiche e sociali). Pertanto nelle valutazioni possono essere considerati con cautela come elementi di indirizzo e responsabilizzazione.

Orientare il sistema della performance al Valore Pubblico significa partire dai bisogni della collettività, programmare a ritroso e valutare l'azione amministrativa in base all'impatto generato: è quindi un cambiamento culturale che richiede il contributo attivo di tutti gli attori coinvolti per garantire la coerenza, finalizzazione e senso dell'azione pubblica.

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 e il monitoraggio dell'assistenza sanitari (Nuovo Sistema di Garanzia - NSG), l'appropriatezza e gli esiti (per questi ultimi si fa generalmente riferimento agli indicatori del Piano Nazionale Esiti - PNE), seguiti da obiettivi che riguardano la farmaceutica, i dispositivi medici (obiettivi su appropriatezza prescrittiva, rispetto del livello di spesa, etc.) e il Programma Regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. 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.

La misurazione della performance in ASL avviene su livelli diversi:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singolo dipartimento, struttura complessa e semplice dipartimentale, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Il sistema del budget per l'anno 2025 è stato avviato da parte della Direzione Generale con la comunicazione Prot. 0157127 del 27/11/2024 e con la richiesta di far pervenire le proposte entro il 20 gennaio 2025. La programmazione 2025 della Direzione, come già per l'anno precedente, è stata innanzitutto volta al recupero a pieno regime delle attività e delle prestazioni sanitarie con particolare attenzione al contenimento dei costi.

Le negoziazioni si sono articolate in dieci incontri dal 11/03/2025 al 26/03/2025, nelle tre sedi di Cuneo, Savigliano e Mondovì, suddivise per i singoli Dipartimenti, alla presenza della Direzione Generale, dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori/Responsabili delle Strutture coinvolte e dei Coordinatori di comparto del Dipartimento.

Una novità di rilievo per il 2025 riguarda le dimensioni della programmazione. La Direzione Aziendale ha deciso di dare un respiro più ampio ai riferimenti della programmazione, inserendola nel contesto europeo e nazionale, e chiedendo alle Strutture di contestualizzare gli obiettivi proposti facendo riferimento all'Agenda ONU, con i suoi 17 obiettivi di sostenibilità, ispirandosi a questi per l'elaborazione delle proposte. Alla nota di avvio del processo di budget è stata allegata la scheda di "PROPOSTA OBIETTIVO DI BUDGET ANNO 2025", con la quale definire le caratteristiche degli obiettivi che si intendono proporre specificando le Strutture coinvolte, l'indicatore di misura del risultato, il target di raggiungimento con i diversi livelli del risultato richiesto e i pesi (P1 e P2) rispettivamente per il Direttore e la Struttura. In linea con quanto comunicato con la nota di avvio del budget, la scheda di rilevazione delle proposte è stata integrata dando la possibilità ai proponenti di selezionare i goals o target dell'Agenda ONU 2030 rispondenti all'obiettivo proposto.

Nel corso della riunione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari del 19/06/2025, la Direzione Generale ha illustrato la Relazione della Performance anno 2024.

Anche per l'anno 2025, la Direzione ha riproposto l'obiettivo legato alla contabilità analitica, al controllo delle attività erogate e ai costi (contenuto nella Scheda Risorse e Attività). Gli obiettivi proposti hanno riguardato tutte le aree e le dimensioni della strategia aziendale del budget.

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, alla firma digitale, all'ottimizzazione e revisione delle procedure operative sanitarie e a obiettivi di tipo amministrativo/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'allocatione delle risorse nei vari ambiti di assistenza e identifica le modalità di soddisfazione dei bisogni e della domanda di servizi sanitari), sia nel momento della nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (e si chiamano per questo scopo "obiettivi di mandato") con validità triennale, sia annualmente come obiettivi specifici per le Direzioni Generali.

Con riferimento agli Obiettivi di mandato si fa capo alla DGR 16-817 del 24 febbraio 2025 *"Assegnazione ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D. Lgs. n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, L. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2025 e definizione dei criteri per il monitoraggio e la valutazione degli obiettivi di mandato assegnati alla nomina art. 2, comma 4, D. Lgs. n. 171/2016 e s.m.i."* con cui la Giunta Regionale ha definito gli attuali obiettivi di nomina da perseguire nel corso del periodo di incarico. La nomina del Dott. Giuseppe Guerra, Direttore Generale ASLCN1, è stata recepita da questa Azienda con deliberazione n. 602 del giorno 30/12/2024.

Questi obiettivi saranno oggetto di verifica a 24 mesi dall'inizio del 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.

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali la programmazione regionale 2025 si è sviluppata con la D.G.R. n. 16-817 del 24/02/2025, che ha individuato gli obiettivi così suddivisi e strutturati:

AREA		OBIETTIVO
BILANCIO	1.I.	Bilancio
	2.I.	Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione
AREA PREVENZIONE	3.I.	Screening oncologici
	4.I.	Contrasto all'antimicrobico resistenza
AREA TERRITORIALE	5.I.	Assistenza domiciliare
AREA OSPEDALIERA	6.I.	Percorso stemi
	7.I.	Gestione del boarding in Pronto Soccorso
	8.I.	Donazioni d'organo
LISTE E TEMPI DI ATTESA	9.I.	Liste e tempi di attesa
	10.I.	Miglioramento della produzione
	11.I.	Appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali
QUALITÀ	12.I.	Gestione del rischio clinico
COMMITTENZA	13.I.	Monitoraggio e Garanzia LEA-NSG
	14.I.	Recupero mobilità passiva
	15.I.	Accordi contrattuali tra ASL e AO/AOU
RISORSE UMANE	16.I.	Gestione delle risorse umane

AREA		OBIETTIVO
EDILIZIA SANITARIA	17.I.	Interventi di edilizia sanitaria
FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	18.I.	Flussi informativi in ambito farmaceutico
	19.I.	Appropriatezza in ambito farmaceutico
	20.I.	Gestione dei dispositivi medici
FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	21.I.	Fascicolo Sanitario Elettronico
FLUSSO CUP E FLUSSO C	22.I.	Flusso CUP e Flusso C

I risultati ottenuti, come si è già detto, sono stati evidenziati nella “Relazione socio sanitaria aziendale per l’anno 2025”, approvata con deliberazione n. 57 del 24/02/2026; 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 individuata dagli indirizzi regionali.

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 2025, sezione del PIAO 2025).

Anche per il 2025, 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.

Gli obiettivi proposti e confermati sono stati in totale 67 e hanno coinvolto un totale di 100 strutture e 28 relazionanti, per un totale complessivo di 545 obiettivi. Di seguito l’elenco degli obiettivi (nell’indicazione dell’area è esplicitato anche il riferimento al Goal dell’Agenda ONU 2030):

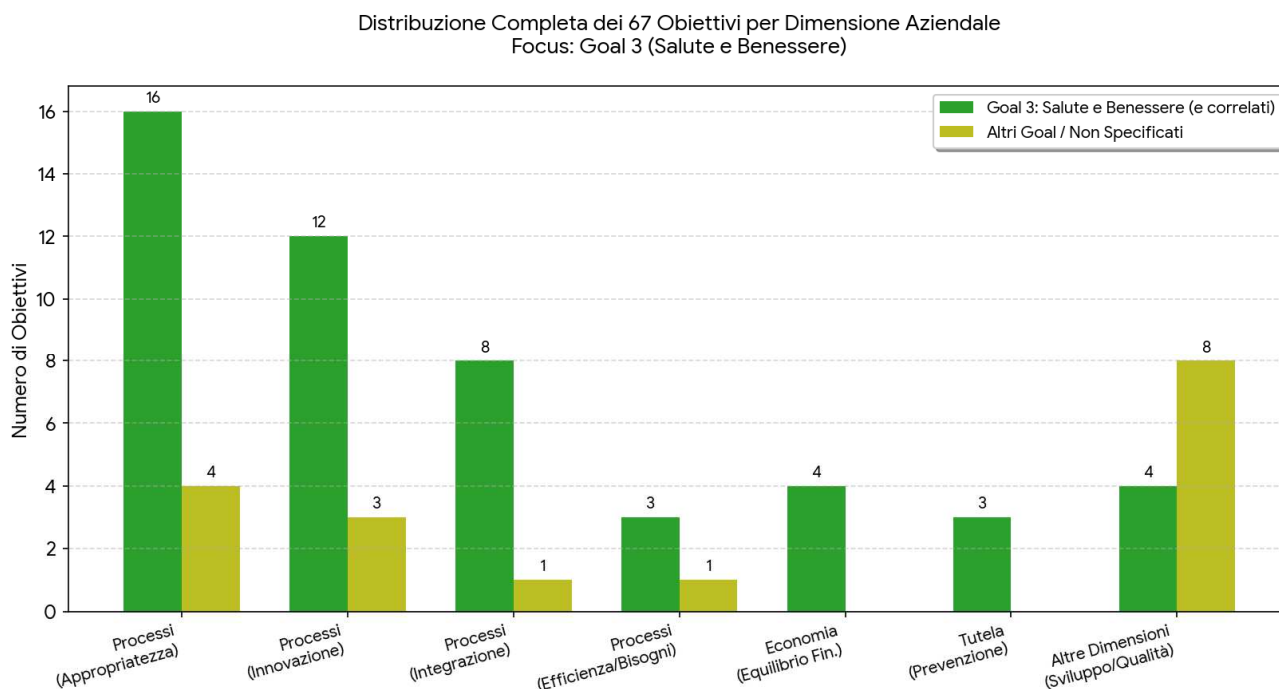
N. OBIETTIVO	DESCRIZIONE	AREA
1	COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE DALLA REGIONE PIEMONTE	PROCESSI/Efficienza. Goals: 3
2	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'AO S. CROCE E CARLE	PROCESSI/Integrazione Coordinamento. Goals: 3
3	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'ASL CN2	PROCESSI/Integrazione Coordinamento. Goals: 3
4	MONITORAGGIO DELLA SCHEDA "RISORSE/ATTIVITÀ"	PROCESSI/Efficienza. Goals: 3
5	BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE	ECONOMIA/Equilibrio finanziario. Goals 3.
6	ADEGUAMENTO SOFTWARE ENTRATE E MODELLO PAGO PA	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3
7	CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO	ECONOMIA/Equilibrio finanziario. Goals: 3
8	REVISIONE DEL REGOLAMENTO DEL RECUPERO CREDITI	PROCESSI/Innovazione. Goals: 4-8
9	AGGIORNAMENTO REGOLAMENTO PARCO AUTOMEZZI	PROCESSI/Innovazione. Goals: 4-12-15

N. OBIETTIVO	DESCRIZIONE	AREA
10	ISTITUZIONE DI UNA BANCA DATI PER LE AUTO DEL PARCO AUTOMEZZI	PROCESSI/Innovazione. Goals: 4-8
11	PRESTAZIONI EXTRA LEA	ECONOMIA/Equilibrio finanziario. Goals: 3-8-11-12
12	GRUPPO DI LAVORO TELEMEDICINA	PROCESSI/Integrazione coordinamento. Goals: 3-5-9
13	FUNZIONI DIPARTIMENTALI INTEGRATE/VICARIANTI	PROCESSI/Integrazione coordinamento. Goals: 3
14	RADON IN ASL CN1 E NEL SUO TERRITORIO	TUTELA/Prevenzione. Goals: 3
15	AMBULATORIO PAZIENTI TRACHEOSTOMIZZATI	PROCESSI/Innovazione
16	TITOLAZIONE PAZIENTI OSAS SEVERO (AHI > 30)	PROCESSI/Innovazione
17	ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE - PAISA	TUTELA/Prevenzione. Goals: 3
18	CONSOLIDAMENTO ATTIVITA' ANTALGICA INTERVENTISTICA SEDE DI MONDOVI'	PROCESSI/Innovazione. Goals:3
19	FOLLOW UP CONGRUITA' DEI TRASPORTI SECONDARI INTEROSPEDALIERI	PROCESSI/Integrazione. Goals:3-11
20	GESTIONE DEI PAZIENTI CHE AFFERISCONO IN PS PER DOLORE TORACICO _REVISIONE PROCEDURA	PROCESSI/Innovazione. Goals 3-5
21	ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE - PLP	TUTELA/Prevenzione. Goals: 3
22	LA GESTIONE DEL TRAUMA MAGGIORE IN DEA A MONDOVI: ATTIVAZIONE DEL TRAUMA TEAM	PROCESSI/Innovazione. Goals:3 - 9
23	GESTIONE DELLE TERAPIE ANTICOAGULANTI E/O ANTIAGGREGANTI _REVISIONE PROCEDURA	PROCESSI/Innovazione. Goals 3
24	GESTIONE DELLA RISPOSTA NBCR _DEFINIZIONE PROCEDURA	PROCESSI/Innovazione. Goals 3
25	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DOPPIA PATOLOGIA	PROCESSI/Integrazione coordinamento. Goals: 3
26	PROCEDURA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3
27	ATTIVITA' DI PROCUREMENT DI TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO DA DONATORE VIVENTE	PROCESSI/Efficienza Goals: 3-8-12
28	APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI PROTESICA	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
29	GESTIONE DEL RISCHIO TRASFUSIONALE	PROFESSIONISTI OPERATORI/Sviluppo Professionale. Goals: 3-4
30	PDTA IPERFERRITINEMIA	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3
31	OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL CAS EMATOLOGICO	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3
32	MANUTENZIONE ESTERNALIZZATA AUSILI PROTESICA	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
33	CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA - CONTENIMENTO CONSUMI ANTIBIOTICI GRUPPO RESERVE (OMS) + CARBAPENEMI E FLUOROCHINOLONI	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
34	VIGILANZA STRUTTURE	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
35	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALL'AZIENDA REGIONALE	PROCESSI/Integrazione coordinamento
36	VERIFICA VALIDITA' DEI DOCUMENTI GESTITI A SISTEMA QUALITA'	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3
37	CONTENIMENTO SPESA PER FARMACI BIOLOGICI UTILIZZATI IN REUMATOLOGIA E DERMATOLOGIA	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
38	CONTENIMENTO DEI COSTI FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOMODULATORI UTILIZZATI IN ONCOLOGIA E NEUROLOGIA E MONITORAGGIO AIFA	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
39	CONTENIMENTO DEI COSTI DEI FARMACI UTILIZZATI NEL TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3

N. OBIETTIVO	DESCRIZIONE	AREA
40	MONITORAGGIO INDICATORI DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA_ NSG	PROCESSI/Appropriatezza. Goals:3-5-9
41	MONITORAGGIO ATTIVITÀ NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE DELLE DONAZIONE D'ORGANO	PROCESSI/Soddisfacimento dei bisogni. Goals:3
42	COLLABORAZIONE AL MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET RELATIVI AL CONTROLLO DELLA SPESA/APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI FARMACI	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
43	CONTENIMENTO DEI CONSUMI DI IMMUNOGLOBULINE PER SOMMINISTRAZIONE VASCOLARE/INTRAVASCOLARE	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
44	CONTENIMENTO COSTI FARMACI BIOLOGICI UTILIZZATI NEL TRATTAMENTO DELL'ASMA E DELLA POLIPOSIS NASALE	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
45	CONTROLLO COSTI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI NEL TRATTAMENTO DI WAMD E DME	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
46	OSSIGENOTERAPIA: MODALITÀ DI UTILIZZO APPROPRIATO	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
47	MONITORAGGIO ATTIVITÀ NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE DEL RISCHIO CLINICO	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
48	RECUPERO MOBILITÀ PASSIVA EXTRA-REGIONALE	ECONOMIA/Equilibrio finanziario. Goals: 3-5
49	PREDISPOSIZIONE CONVENZIONE CON ENTI GESTORI DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI	PROCESSI/Integrazione coordinamento. Goals 3-5
50	MONITORAGGIO ATTIVITÀ NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE SULLE INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA .	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
51	PSDTA TRATTAMENTO DEL DOLORE PELVICO	PROCESSI/Innovazione. Goals:3
52	REVISIONE CARTA DEI SERVIZI	STAKEHOLDER/Qualità percepita. Goals: 3-4
53	GESTIONE PALLIATIVA DI PAZIENTE FRAGILE CON PLURICOMORBIDITA'	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3-8-11-15
54	ISTITUZIONE DI UNA RETE AMBULATORIALE GERIATRICA FINALIZZATA A INDIVIDUARE PERCORSI OMOGENEI E CONDIVISI DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI	PROCESSI/Innovazione. Goals:3
55	FUNDRAISING	PROCESSI/Innovazione. Goals:3-9
56	CONTENIMENTO DEI COSTI DEI FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI NEL TRATTAMENTO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
57	PNRR MISSIONE 6_ CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3-5-9-12
58	DEFINIZIONE DI PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PER PATOLOGIE PIÙ FREQUENTI E CRITICHE DI PAZIENTI CHE AFFERISCONO IN PS	PROCESSI/Innovazione. Goals:3-5-9
59	POTENZIAMENTO ASSISTENZA SANITARIA E RETE SANITARIA TERRITORIALE _PNRR MISSIONE 6	PROCESSI/Integrazione coordinamento. Goals 3--8-9-11-12
60	INCREMENTO PRESTAZIONI DI URODINAMICA	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
61	INTERVENTI VOLTI AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	PROCESSI/Appropriatezza. Goals: 3
62	PROGETTO OTTIMIZZAZIONE SALE OPERATORIE	PROCESSI/Innovazione. Goals: 3-8-9-11
63	REALIZZAZIONE ATTIVITA' NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE DEL RISCHIO CLINICO	PROCESSO/Appropriatezza
64	REALIZZAZIONE ATTIVITA' NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE DELLE DONAZIONI D'ORGANO	PROCESSO/Soddisfacimento dei bisogni
65	REALIZZAZIONE ATTIVITA' NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA REGIONALE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	PROCESSO/Appropriatezza
66	PERCORSI NASCITA	PROCESSI/Appropriatezza Goals: 3
67	APPROPRIATEZZA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE	PROCESSI/Appropriatezza Goals: 3

A partire dall'anno 2025, gli obiettivi assegnati alle Strutture aziendali dell'ASLCN1 sono stati correlati anche agli obiettivi dell'Agenda ONU 2030, per dare un quadro di più ampia visione e respiro della strategia aziendale. I goals dell'Agenda 2030 sono declinati negli obiettivi e trovano riscontro nelle dimensioni aziendali. L'obiettivo di Salute e Benessere è senza dubbio quello che maggiormente trova rispondenza in tutte le prospettive e dimensioni della performance aziendale.

Di seguito una infografica che illustra il numero di obiettivi suddivisi per dimensione e per il focus goal "Salute e Benessere".



In data 10/09/2025 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.

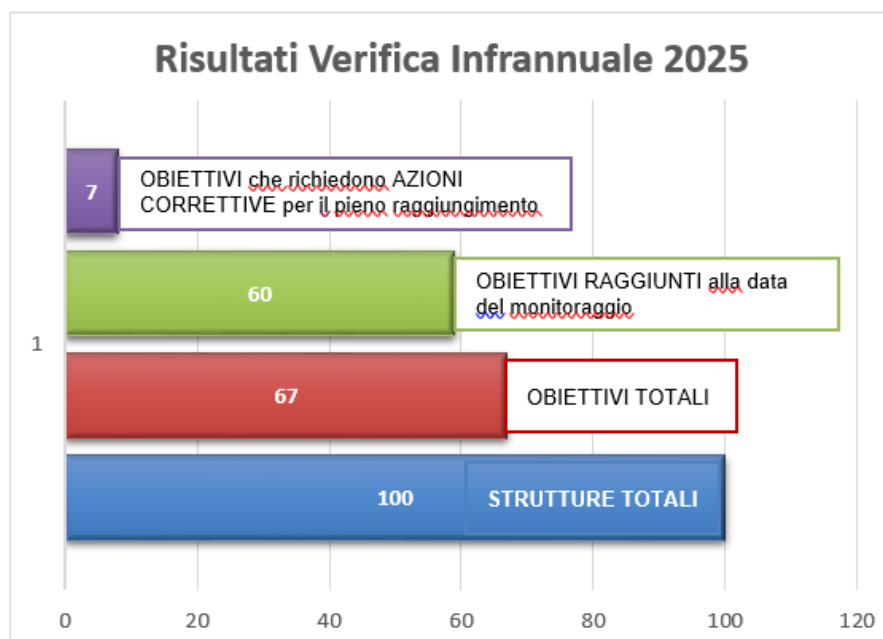
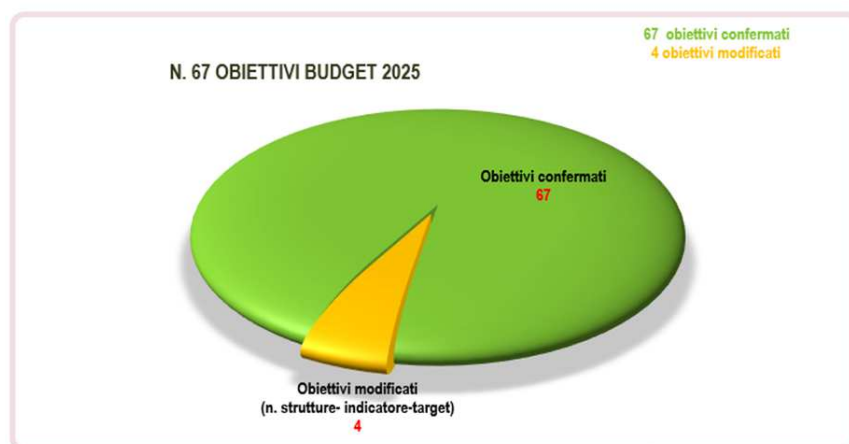
In generale la verifica infrannuale ha evidenziato un andamento in linea con le previsioni e pertanto si è deciso di dare rilievo soltanto agli obiettivi ancora in fase di attuazione, con l'indicazione di conseguirli nei tempi previsti, anche mediante il coinvolgimento dei Relazionanti, e attraverso l'analisi delle attività da intraprendere per il pieno raggiungimento degli stessi.

I Relazionanti hanno quindi esaminato la situazione in essere, verificandone l'andamento e nel caso

di criticità indicando le possibili soluzioni, richiamando il rispetto di target prefissati, modificando indicatori e/o target, segnalando la necessità di rimodulare l'obiettivo o in casi di difformità di eliminarlo dalla Scheda di Budget.

Tutte le modifiche sono state autorizzate dalla Direzione Generale.

I risultati della verifica infrannuale sono illustrati nei seguenti grafici:



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 (Media ponderata)	% Retribuzione di Risultato Spettante
✗	Non raggiunto	< 60%	0%
🕒	Parzialmente raggiunto	Tra 60% e 70%	70%
🕒	Parzialmente raggiunto	>70% e fino a 80%	80%
🕒	Parzialmente raggiunto	>80% e fino a 85%	85%
🕒	Parzialmente raggiunto	>85% e fino a 90%	90%
🕒	Parzialmente raggiunto	>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. 122 del 01/04/2026) 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 2025, è necessario fornire alcune indicazioni generali, sia di tipo metodologico sia di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa del 2025.

Tali riflessioni sono state condivise con l'OIV nelle riunioni propedeutiche alla valutazione degli obiettivi 2025, che si sono tenute in data 18 e 201 marzo 2026.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2025 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 2025 – 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%. Per l'anno 2025 sono 510 gli obiettivi completamente raggiunti. L'O.I.V. ne prende atto.

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 RAGGIUNTO AL 100 %"* viene pertanto riportata su ciascun obiettivo.

Obiettivi non pienamente raggiunti

L'O.I.V. esamina 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%, un totale di n. 27 obiettivi e, illustrati di seguito:



L'O.I.V. concorda sulle risultanze espresse dai Relazionanti, confermando nella propria valutazione il giudizio di raggiungimento inferiore al 100%.

Pertanto la frase inserita nella tabella è la seguente:

L'OIV PRENDE ATTO DELLA MISURAZIONE E DEL GIUDIZIO DEL RELAZIONANTE, LO CONDIVIDE E NE CONFERMA IL RISULTATO VALUTANDO L'OBIETTIVO RAGGIUNTO AL ...% che viene riportata su ciascun obiettivo.

I grafici dei risultati della performance organizzativa

Nei grafici seguenti vengono rappresentati i risultati complessivi conseguiti dalle schede di budget delle Strutture aziendali nell'anno 2025, 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 2025, sono state 100.

Di seguito la rappresentazione del raggiungimento della performance anno 2025 delle Strutture dell'ASL CN1

L'analisi della performance organizzativa per l'anno 2025 evidenzia un quadro di assoluta eccellenza per l'ASL CN1. A fronte di 545 obiettivi complessivamente assegnati, ben 510 sono stati pienamente raggiunti (93,6%), testimoniando l'efficacia dei sistemi di programmazione e controllo interni. Di

particolare rilievo i risultati ottenuti nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva e della riorganizzazione delle cure territoriali, ambiti in cui il target del 100% di raggiungimento riflette non solo una compliance formale, ma un reale efficientamento dei servizi erogati all'utenza.



Di seguito si rendiconta a consuntivo una sintesi del risultato ottenuto 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 2025 – Obiettivi per Struttura" e nella delibera ASL CN1 n. 134 del 01/04/2025 "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2024 da parte delle strutture dell'A.S.L. CN1" che recepisce le valutazioni dell'OIV, allegati alla presente Relazione.

3.3.1 Sintesi dei risultati gestionali e analisi delle schede di budget

Il Budget 2025 è stato declinato in 67 Obiettivi suddivisi in AREA con i relativi goals dell'agenda 2030. Al fine di dare una rappresentazione qualitativa del contenuto e del risultato atteso, i target assegnati a cascata sono stati ricondotti a quattro grandi filoni strategici:

A. Area Sanità Territoriale, Prossimità e Attuazione PNRR

- ✓ **Contenuto e Risultato Atteso:** Potenziamento delle reti di assistenza primaria, attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), implementazione degli standard della Missione 6

del PNRR e ottimizzazione dei trasporti secondari interospedalieri.

- ✓ **Evidenze di Performance:** La quasi totalità delle strutture territoriali (Distretti, Case della Comunità) ha risposto positivamente ai target di presa in carico della cronicità, con solo 7 obiettivi correlati che hanno mostrato lievi scostamenti di completamento temporale rispetto alle scadenze di progetto.

B. Appropriatezza Prescrittiva e Governance del Farmaco

- ✓ **Contenuto e Risultato Atteso:** Razionalizzazione della spesa farmaceutica ed emoderivati, contenimento dei costi dei farmaci biotecnologici (es. trattamento dell'ipercolesterolemia) e forte focus sul contrasto all'antimicrobico-resistenza (riduzione e monitoraggio del consumo di antibiotici del gruppo *Reserve* OMS, Carbapenemi e Fluorochinoloni).
- ✓ **Evidenze di Performance:** L'azione sinergica tra i Servizi Farmaceutici e i reparti ospedalieri ha permesso di centrare la maggior parte dei tetti di spesa e dei target clinici. Le criticità residue (pari a 10 strutture impattate) si concentrano principalmente sulla complessa gestione restrittiva delle terapie antibiotiche ad ampio spettro in ambito ospedaliero.

C. Sicurezza delle Cure, Igiene e Rischio Clinico

- ✓ **Contenuto e Risultato Atteso:** Implementazione delle linee guida del Programma Regionale sul rischio clinico, vigilanza attiva sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e applicazione dei protocolli di igiene e sicurezza nei setting assistenziali.
- ✓ **Evidenze di Performance:** Area a massima convergenza d'efficacia, in cui i sistemi di auditing interno e la reportistica prodotta dai Responsabili hanno certificato il consolidamento delle buone pratiche cliniche nella quasi totalità dei reparti monitorati.

D. Transizione Digitale, Dematerializzazione e Processi Amministrativi

- ✓ **Contenuto e Risultato Atteso:** Adeguamento dei software gestionali di entrata al modello PagoPA, monitoraggio analitico delle schede "Risorse/Attività" e allineamento dei budget trasversali alle direttive di compliance interna.
- ✓ **Evidenze di Performance:** La digitalizzazione dei flussi di cassa e la dematerializzazione documentale hanno registrato una performance eccellente, supportando in modo stabile la rendicontazione economica e abbattendo i tempi di elaborazione dei dati amministrativi di struttura.

L'andamento delle quattro macro-aree strategiche delinea un bilancio decisamente positivo, caratterizzato da picchi di eccellenza e da alcune aree di monitoraggio attento:

Il consolidamento strutturale: L'area della *Sicurezza delle Cure e del Rischio Clinico* e quella della *Transizione Digitale* si attestano come i pilastri a più alta efficienza organizzativa. I sistemi di auditing interno da un lato, e l'abbattimento dei tempi di elaborazione amministrativa tramite PagoPA e dematerializzazione dall'altro, dimostrano una maturità digitale e di processo ormai strutturata.

Lo stato di avanzamento del PNRR: L'attuazione della *Sanità Territoriale* e della *Missione 6* procede

in linea con la pianificazione. I lievi scostamenti temporali rilevati in soli 7 obiettivi non pregiudicano la tenuta complessiva del progetto, confermando l'efficacia della rete di prossimità (COT, Distretti e Case della Comunità) nella presa in carico della cronicità.

Le sfide della Governance e della Sostenibilità: L'area dell'*Appropriatezza Prescrittiva* ha risposto con efficacia al contenimento della spesa farmaceutica. Le criticità residue, concentrate in 10 strutture, mettono tuttavia in luce la complessità intrinseca alla gestione restrittiva delle terapie antibiotiche ad ampio spettro in regime ospedaliero. Questo specifico ambito si configura come il principale target di miglioramento per i trimestri successivi, richiedendo un ulteriore sforzo di affiancamento clinico e sinergia tra i Servizi Farmaceutici e i reparti.

In conclusione, la metodologia di assegnazione a cascata dei target ha dimostrato la sua validità, permettendo non solo una governance analitica delle risorse e delle attività, ma garantendo al contempo la flessibilità necessaria per intercettare gli scostamenti e calibrare tempestivamente le azioni correttive. I risultati analizzati confermano che l'organizzazione è saldamente orientata al raggiungimento degli standard qualitativi ed economici prefissati per il 2025.

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 iniziale per effetto delle vigenti disposizioni contrattuali (dirigenti Area Sanità e Area Funzioni Locali 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.

4. Scheda di valutazione del restante personale del comparto: è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto non titolare di incarico di 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 2025, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane, con apposita nota protocollata il 23 aprile 2026 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 2025 e ratificati dall'Organismo Indipendente di Valutazione e, a seguire, dalla Direzione Generale che ne ha confermato il giudizio attraverso la deliberazione n. 122 del 10/04/2026 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2025 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 25 maggio 2026.

Per quanto riguarda la scheda "SV", il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane ha trasmesso, con apposita nota protocollata il 23 aprile 2026, 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 2025 per la valutazione a consuntivo della performance individuale.

La medesima S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane con comunicazione del 24 aprile 2026 ha richiesto la compilazione delle schede di valutazione per il 2025 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 25 maggio 2026.

Di seguito si presentano i dati emersi al termine del processo di valutazione della performance individuale relativa all'anno 2025 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 2025 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento

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

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

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

Riepilogo valutazione comparto 2025	
dipendenti complessivi comparto	3.195
dipendenti valutati	3.151

<i>di cui dipendenti che non hanno accettato valutazione</i>	7
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	45

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

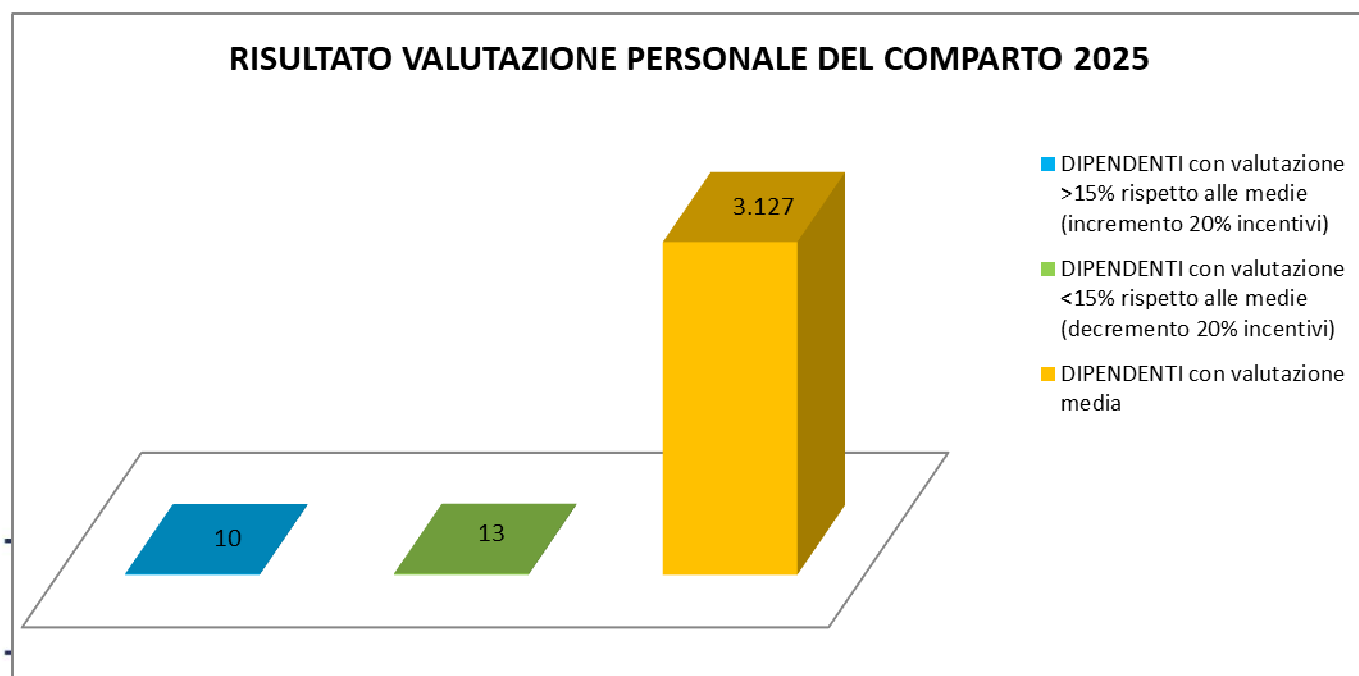
Dipendenti con valutazione >15% rispetto alla media (incremento 20% incentivi)	10
Dipendenti con valutazione <15% rispetto alla media (decremento 20% incentivi)	13
Dipendenti con valutazione media	3.127

Titolari di incarico di funzione

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

Riepilogo valutazione titolari di incarico di funzione 2025	
<i>dipendenti complessivi</i>	190
<i>dipendenti valutati</i>	188
dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi)	2
dipendenti che non hanno accettato valutazione	0
dipendenti con valutazione negativa (<65)	0

Per quanto attiene ai progetti quantitativi trasversali, nel 2025 i beneficiari sono stati nel complesso **655** per un ammontare complessivo di **€ 519.029,48** a fronte di un orario aggiuntivo dedicato pari a **n. 23.596,95 ore** complessive.



3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2025 – Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali

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

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

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

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

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

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

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

DESCRIZIONE FATTORI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI (valutazione da 1 a 5)	
UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE	Conoscenza e utilizzo efficace delle risorse disponibili. Adozione di comportamenti finalizzati al miglioramento dell'efficienza. Contributo alla riduzione dei costi evitando impatti negativi sulla qualità delle prestazioni. Promozione di atteggiamenti corretti.

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

DESCRIZIONE FATTORI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI (valutazione da 1 a 5)

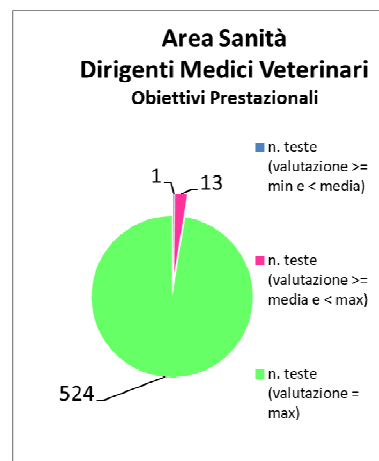
	Contributo alla soluzione dei conflitti. Capacità di ottenere consenso e credibilità. Disponibilità a promuovere attività inter e multi professionali anche tra Strutture diverse.
--	--

AREA SANITÀ:

Dirigenti medici e veterinari (n. 538 valutati)

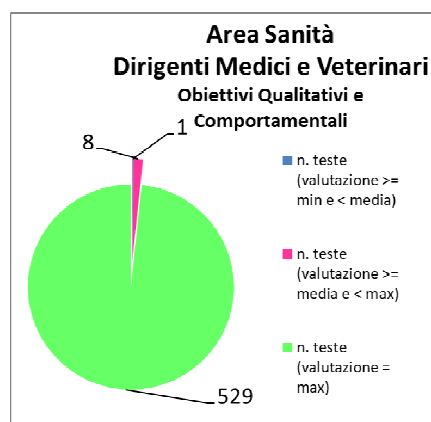
OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Valore Minimo (min)	95,00
Valore Massimo (max)	100,00
Valore Medio (media)	97,50
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	1
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	13
n. teste (valutazione = max)	524



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI:

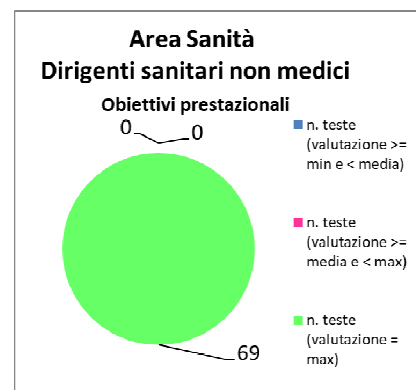
	54,99
Valore Minimo (min)	
Valore Massimo (max)	100,00
Valore Medio (media)	77,50
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	1
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	6
n. teste (valutazione = max)	523



Dirigenti sanitari non medici (n. 64 valutati)

OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	64



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI:

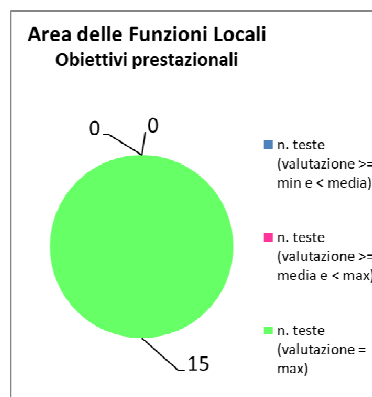
Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	64

AREA DELLE FUNZIONI LOCALI

(n.15 dirigenti valutati)

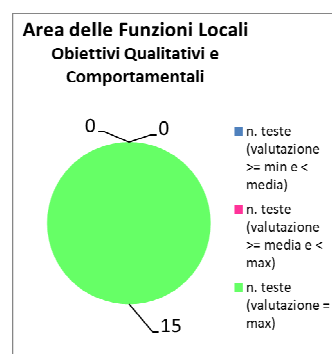
OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	15



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI:

Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	18



Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate

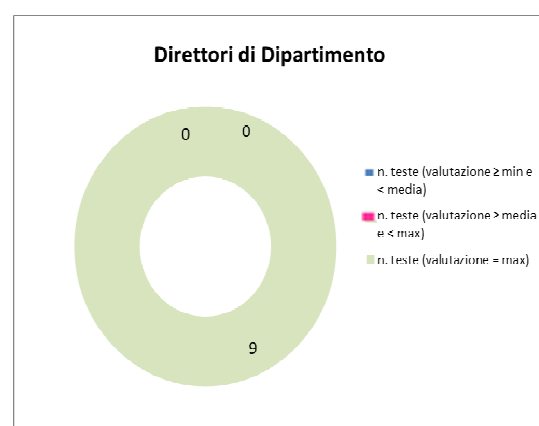
Di seguito si presenta la tabella contenente la descrizione dei fattori presenti all'interno della SV sui quali viene effettuata la valutazione; infine verificando i valori indicati nelle Schede di Valutazione (SV), utilizzate per la valutazione dei Direttori-Responsabili di Struttura e di Dipartimento,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

DESCRIZIONE FATTORI (valutazione da 1 a 4)	
A) LEADERSHIP E GESTIONE DELLA SQUADRA	Capacità di coinvolgere, gestire e valutare i propri collaboratori, di accrescerne la professionalità e la motivazione, di rappresentare un punto di riferimento diffusamente riconosciuto in grado di ispirare l'operato degli altri.
B) CAPACITÀ ORGANIZZATIVA, GESTIONALE E RELAZIONALE	Capacità di: a) organizzare e gestire l'attività della struttura diretta;

DESCRIZIONE FATTORI (valutazione da 1 a 4)	
	b) generare relazioni collaborative e favorire l'integrazione fra le strutture <i>(in particolare per i Direttori di Dipartimento)</i> .
C) UTILIZZO APPROPRIATO DELLE RISORSE (BENI DI CONSUMO DI TUTTE LE CATEGORIE E APPARECCHIATURE TECNICHE E TECNOLOGICHE)	Capacità di: a) considerare le implicazioni economiche legate alle risorse utilizzate; b) adottare comportamenti finalizzati al miglioramento dell'efficienza; c) contribuire alla razionalizzazione dei costi, in relazione alla realizzazione degli obiettivi.
D) CAPACITÀ INNOVATIVA, GESTIONE DEL CAMBIAMENTO E AGGIORNAMENTO E DIFFUSIONE DELLE CONOSCENZE	Capacità di: a) contribuire alla elaborazione e diffusione di nuovi modelli di attività; b) promuovere e gestire il cambiamento organizzativo in azienda; c) promuovere iniziative di aggiornamento per la crescita professionale dei collaboratori.

Direttori di Dipartimento (n. 9 direttori valutati)

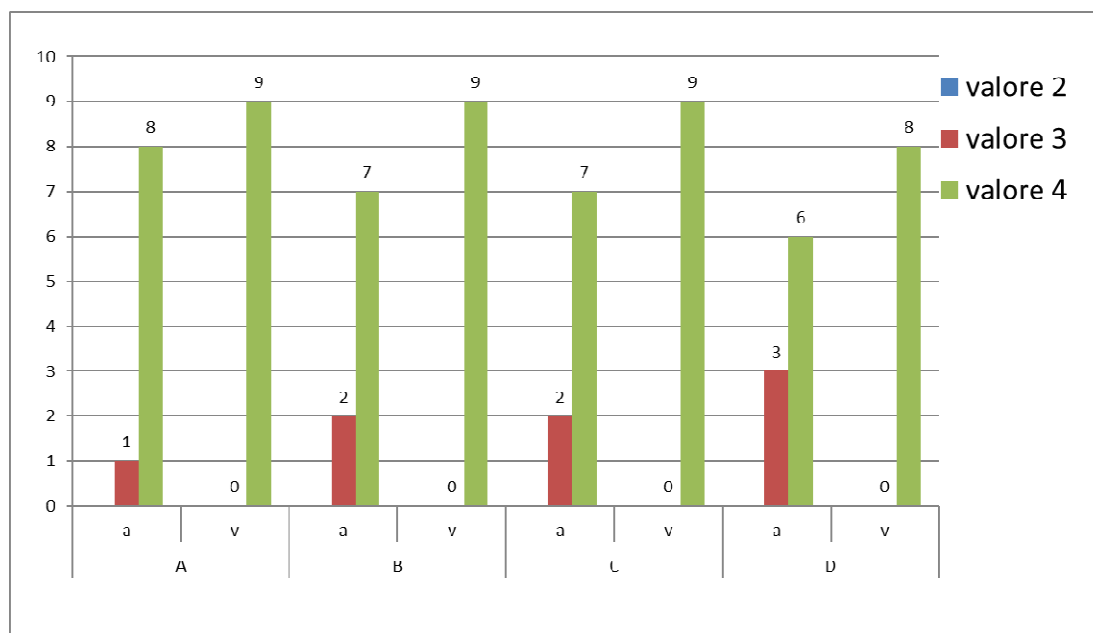
Tutti i Direttori di Dipartimento hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	9



Valutazioni schede Direttori di Dipartimento

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

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



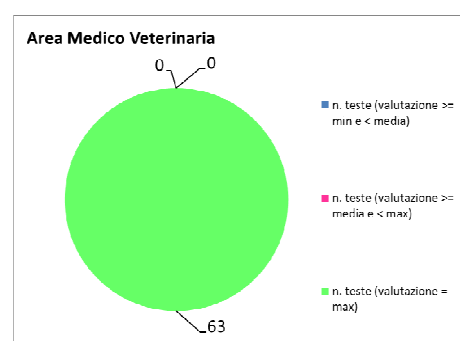
Valutazione Direttori di Dipartimento

AREA SANITÀ:

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

Valore Minimo (min)	97.20
Valore massimo (max)	100.00
Valore medio (media)	99.56

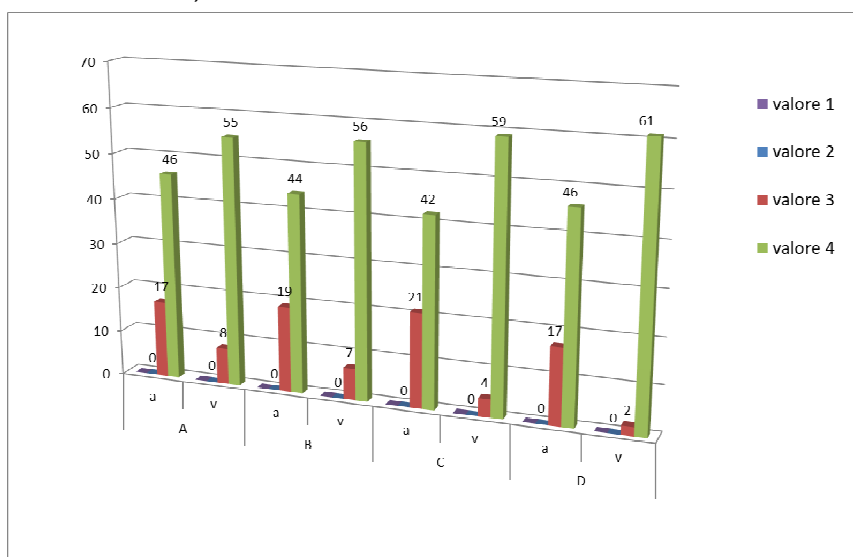
Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	63



Valutazioni schede Direttori/Responsabili medici e veterinari

	A		B		C		D	
	a	v	a	V	a	v	a	v
valore1	0	0	0	0	0	0	0	0
valore 2	0	0	0	1	0	0	0	0
valore 3	17	8	19	7	21	4	17	7
valore 4	46	55	44	56	42	59	46	61
totale teste	63	63	63	63	63	63	63	63

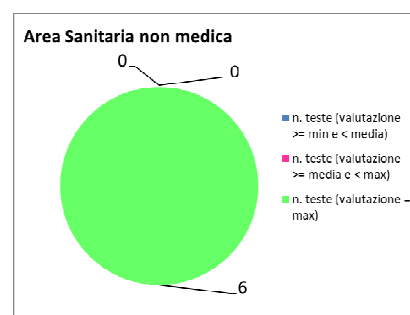
Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



Valutazioni schede Direttori/Responsabili medici e veterinari

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

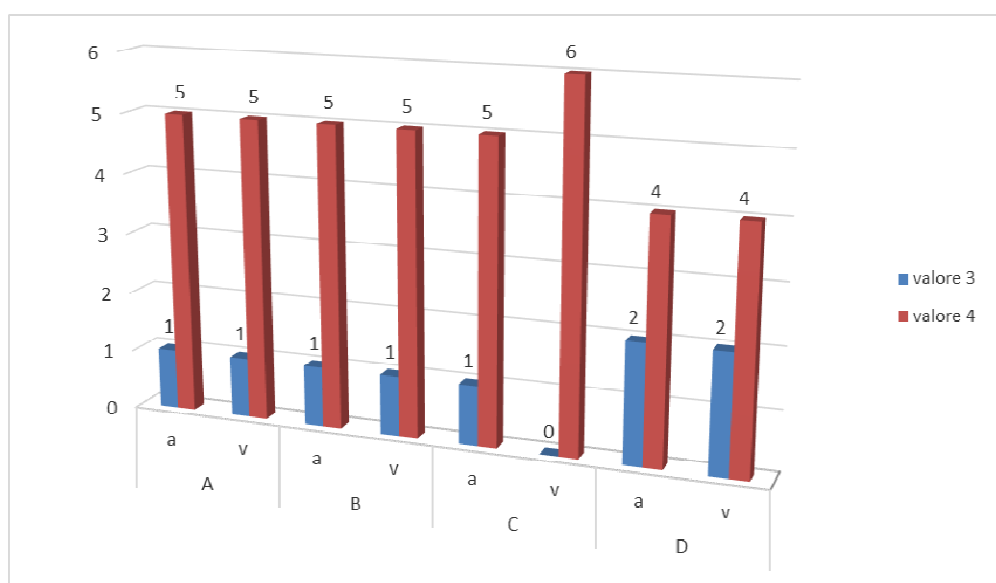
Tutti i direttori hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	6



Valutazioni schede Direttori/Responsabili non medici

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

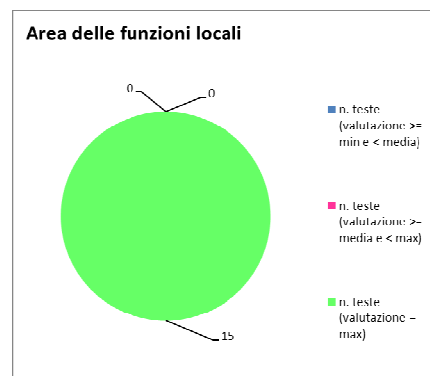
Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



Valutazioni Schede Direttori/responsabili sanitari non medici

AREA DELLE FUNZIONI LOCALI (n. 15 direttori/responsabili valutati)

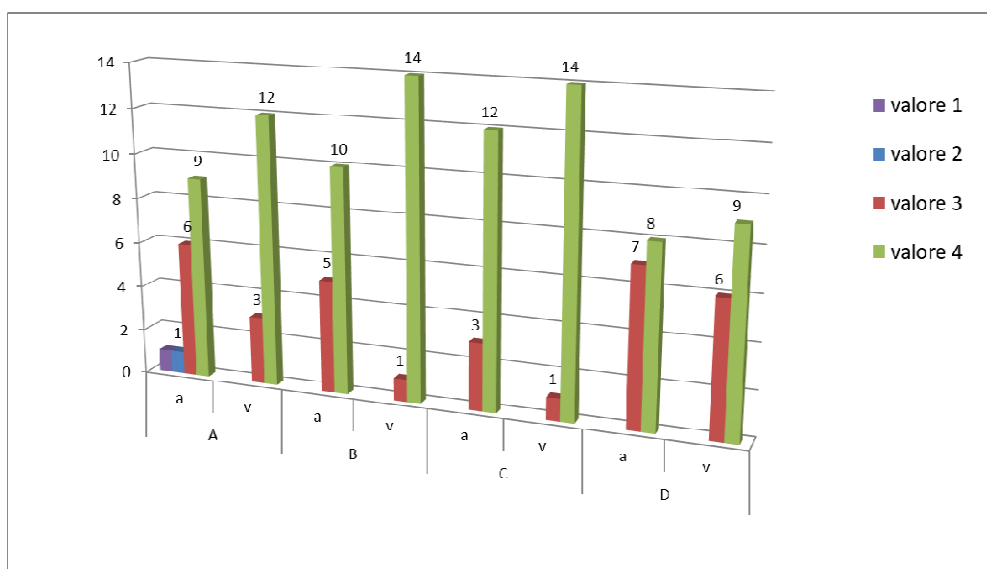
Valore Minimo (min)	97.20
Valore massimo (max)	100.00
Valore medio (media)	98.27
Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100%	
n. teste (valutazione $\geq$ min e $<$ media)	0
n. teste (valutazione $\geq$ media e $<$ max)	0
n. teste (valutazione = max)	15



Valutazioni schede Area delle funzioni locali

	A		B		C		D	
	a	v	a	v	a	v	a	v
valore 2	0	0	0	0	0	0	0	0
valore 3	6	3	5	1	3	1	7	6
valore 4	9	12	10	14	12	14	8	9
totale teste	15	15	15	15	15	15	15	15

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



Valutazione schede area delle funzioni locali

3.5 Risultati 2025 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. 46 del 28 gennaio 2025 di adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) 2025-2027 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 2025:

- Sono stati pubblicati i dati su “Amministrazione Trasparente” entro il 15 luglio 2025; 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. 192 del 7 maggio 2025;
- è stato effettuato il successivo monitoraggio entro il 30 novembre 2025, secondo le indicazioni fornite dall’ANAC con delibera n. 192 del 7 maggio 2025, 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 con attestazione del 27 giugno 2025 non erano emerse delle criticità;
- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo “Scadenziario dei nuovi obblighi amministrativi”;
- è stata posta estrema attenzione nell’accoppiare alle risorse informative pubblicate, le specifiche banche dati di riferimento (laddove esistenti), in modo da agevolare la ricerca univoca e stabile dei dati.

Considerato 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	PERCENTUALE ACCESSI
2015	3,21%
2016	3,70%
2017	2,91%

ANNO	PERCENTUALE ACCESSI
2018	2,21%
2019	2,64%
2020	2,83%
2021	2,79%
2022	4,21%
2023	10,16%
2024	12,35%
2025	15,06%

3.5.2 Prevenzione della Corruzione

Nel corso del 2025 è proseguito il percorso di consolidamento e rafforzamento del sistema di prevenzione del rischio corruzione/illegalità adottato dall'Azienda, rispondendo all'esigenza di consolidamento dell'esistente anche in considerazione delle modifiche organizzative iniziate nel 2016 in attuazione dell'Atto Aziendale di cui alla Deliberazione n. 259 del 10/11/2015, approvato con la DGR n. 53-2487 del 23/11/2015, integrato con una 4^a variante, deliberata dal Direttore Generale il 13/05/2019 con provvedimento n. 203, approvata dalla Regione Piemonte con DGR n. 112-9019 del 16/05/2019 integrato con una ulteriore 5^a variante come da deliberazione n. 627 del 30/09/2021, recepita in via definitiva dalla Regione Piemonte con DGR n. 15-3926 del 15/10/2021 ed integrato con un'ultima 6^a variante, deliberata dal Direttore Generale il 14/02/2022 con provvedimento n. 52, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n. 14-4830 del 31/03/2022 e ancora integrata dalla deliberazione n. 109 del 06/04/2022. L'Atto Aziendale è stato nuovamente integrato con una ulteriore 7^a 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, integrato con una 8^a 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 e in ultimo modificato ed integrato con una 9^a variante, deliberata con provvedimento n. 295 del 27/08/2025 e recepita dalla Regione Piemonte con DGR n. 32-1879 del 24/11/2025.

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 46 del 28/01/2025 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 2025-2027, parte integrante del PIAO 25-27. 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 2025 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 2025

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 2025 alcune Strutture hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi. Anche nel 2026 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 508 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, a partire dal 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 2025, entrata a far parte degli obiettivi del budget 2025, 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 2026-2028 dell'ASL CN1, che fotografa la situazione delle attività analizzate in Azienda al 31/12/2025.

Azioni di sensibilizzazione

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

MISURE OBBLIGATORIE

Iniziative di Formazione

Dal 2014 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".

Nel 2025 è stato proposto, a tutti i neo assunti, un nuovo Corso base in materia di integrità pubblica. Tale "FAD" – ed. 131-52250, della durata di 4 ore, dal titolo **"10 lezioni sull'etica pubblica"**, fruibile dal 10 settembre al 15 dicembre 2025, è stato concluso da **91** partecipanti.

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 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, a partire dal 2023 a oggi si è ritenuto opportuno ripresentarli interamente. La SS 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. I pacchetti, sempre della durata di 5 ore ciascuno, sono stati fruibili rispettivamente dall'1/03/2023 al 30/11/2023, dal 2/5/2024 al 30/11/2024 e dal 10/06/2025 al 30/11/2025. I corsi 131-43250, 131-47677 e 131-51820 sulla **"Gestione del Conflitto di interessi in ambito sanitario"**, sono stati

conclusi da **1498** iscritti nel 2023, da **479** partecipanti nel 2024 e da **593** iscritti nel 2025; mentre gli eventi 131-43251, 131-47678 e 131-51821 su **“Il conflitto di interessi nelle attività di controllo, vigilanza, ispezioni, sanzioni nel Dipartimento di Prevenzione”**, sono stati completati rispettivamente da **58** partecipanti nel 2023, da **23** nel 2024 e da **44** nel 2025.

Cosicché in sei anni, in materia di Conflitto di interessi, sono stati formati in totale **4.298** 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 01/11/2024 – 31/10/2025, emerge quanto segue:

Segnalazioni ricevute dall’UPD nel periodo 01/11/2024 – 31/10/2025	7
archiviazioni disposte all’esito del procedimento disciplinare:	4
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare – violazione art. 49, c. 4, lett. a) del CCNL del 23/01/2024: censura scritta per <i>“inosservanza delle disposizioni di servizio”</i>	1
sanzioni applicate all’esito del procedimento disciplinare – violazione art. 84, c. 3, lett. c) del CCNL del 02/11/2022: censura scritta per <i>“negligenza nell’esecuzione dei compiti assegnati, nella cura dei locali e dei beni mobili e strumenti affidati”</i>	1
procedimenti in corso di istruttoria al 31/10/2025	1
procedimenti sospesi ex art. 55 ter del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.	//
procedimenti trasmessi per competenza ai Direttori/Responsabili di Struttura	//

Nell’ultimo periodo considerato si osserva un lieve aumento **del numero delle segnalazioni di illeciti disciplinari** pervenute all’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) nei confronti del **personale**

dipendente rispetto all'anno precedente: le segnalazioni ricevute sono infatti pari a 7, a fronte delle 4 del 2024, pur risultando inferiori rispetto alle 10 del 2023 e alle 11 del 2022.

Tale andamento si inserisce in una tendenza di crescita già riscontrata a partire dal 2021, con un incremento di quattro segnalazioni rispetto alle 5 registrate negli anni 2020, 2018 e 2016, nonché alle 4 del 2019. I valori risultano tuttavia sostanzialmente invariati rispetto ai dati del 2017 di 7 segnalazioni e di 6 del 2015 e si mantengono ancora a distanza significativa dal picco di 18 segnalazioni registrato nel 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 01/10/2024 – 30/09/2025:

Monitoraggio attuazione codice di comportamento	2025
Dichiarazioni scritte di avvenuta restituzione/rifiuto di regali o altre utilità (art. 4 Codice Comportamento)	0
Comunicazioni di adesione o appartenenza ad associazioni/organizzazioni i cui ambiti di interesse possono interferire con l'attività (art. 5 Codice Comportamento)	0
Comunicazioni interessi finanziari e conflitto di interesse all'atto dell'assegnazione all'ufficio (art. 6 Codice Comportamento)	3
Dichiarazioni di astensione per potenziale conflitto di interessi (art. 7 Codice Comportamento)	0
Segnalazioni di situazioni di illecito da parte di dipendenti della struttura (art. 8 Codice Comportamento)	0
Irregolarità rilevate all'esito del monitoraggio sulle timbrature fuori sede e sulle omesse timbrature (art. 11 Codice Comportamento)	2
Elogi da parte di utenti esterni o interni	370
Segnalazioni/reclami da parte di utenti che lamentano un inadeguato comportamento in servizio nei confronti del personale dipendente o convenzionato	125
Segnalazioni al RPC tramite il canale dedicato al whistleblowing	0

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, sempre al fine di rafforzare il coinvolgimento dei dipendenti sui temi dell'etica e del rispetto del Codice di comportamento, suggeriscono l'invio periodico di brevi messaggi o comunicazioni riassuntive, sotto forma di slide o tramite mail, nonché l'organizzazione di giornate formative rivolte ai dipendenti, sugli argomenti indicati, con la partecipazione di diverse figure professionali in qualità di docenti (giuristi, filosofi, testimoni impegnati sul piano sociale).

Si ritiene, inoltre, utile riportare i dati e le elaborazioni che rappresentano l'andamento dei reclami dei cittadini utenti nel periodo 2014-2025.

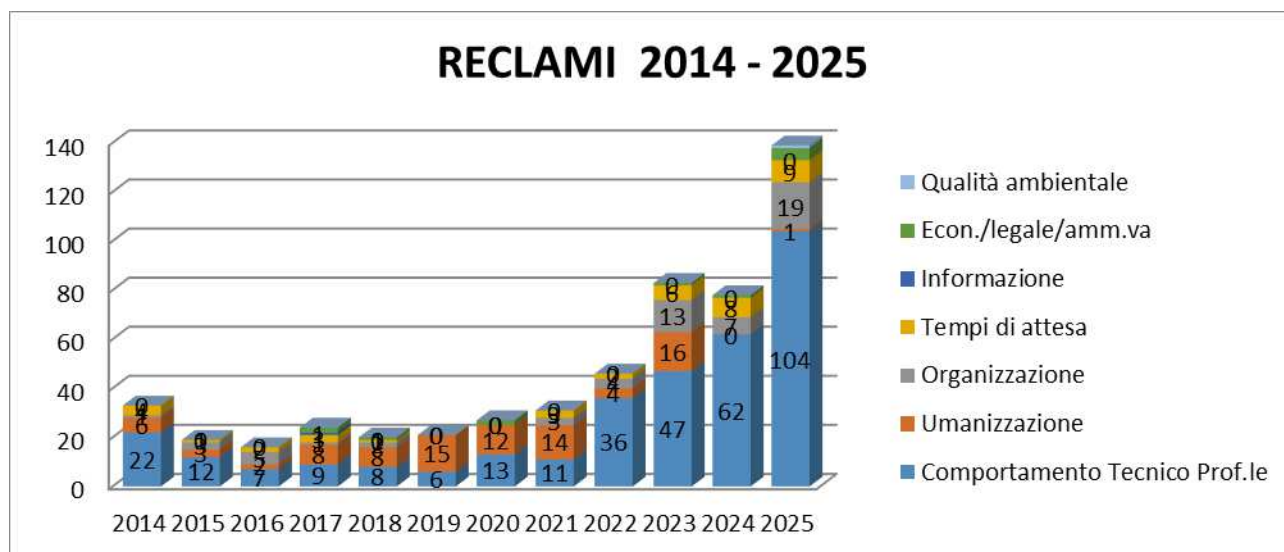
Reclami dei cittadini-utenti

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

A decorrere dal 2014, l'URP è anche competente a ricevere segnalazioni di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi, in attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione.

Di fronte alla considerevole quantità di prestazioni e di servizi erogati dall'Azienda, il numero dei reclami raccolti è obiettivamente basso e conosce un andamento sinusoidale: dal picco dei 45 del 2013 si è scesi a 33 del 2014 a 19 del 2015, raggiungendo il punto più basso con i 16 del 2016; nel 2017 e con l'innalzamento a 24, stabilizzatosi a 20 e 21 nel 2018 e 2019, per poi avviare la curva in salita ai 27 del 2020, ai 31 del 2021, ai 46 del 2022, agli 83 del 2023, per scendere ai 78 del 2024 e nuovamente risalire a 139 nel 2025.

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



Procedimenti disciplinari

Nel 2025 si registra un aumento dei numeri delle segnalazioni di illeciti disciplinari ricevute dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) nei confronti del personale dipendente rispetto agli ultimi anni: infatti le segnalazioni arrivano a 10, quindi in aumento rispetto a quelle pervenute nel corso del 2024 che erano in totale 6.

4. Risorse, efficienza ed economicità

4.1 Le risorse finanziarie

L'ASL CN1 ha deliberato l'adozione del proprio bilancio consuntivo 2025 con atto n. 143 dell'8 maggio 2026.

Il bilancio di esercizio presenta una perdita di 6,583 milioni di euro, in miglioramento rispetto al disavanzo dell'esercizio 2024.

Il confronto fra i dati del Bilancio Consuntivo 2025 rispetto al 2024 mostra che i costi di produzione sono in aumento di 20,304 milioni di euro.

Codice Aggregativo	Descrizione Aggregativa	Consuntivo 2025	Consuntivo 2024	Variazione Assoluta	Variazione Relativa
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	909.438	889.134	20.304	2,28%

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

La voce B.2.A) "Acquisti servizi sanitari" presenta un incremento dello 0,79%, per 3,73 milioni di euro, dovuto principalmente alle variazioni per assistenza sanitaria di base (1,17 milioni), farmaceutica (2,87 milioni), psichiatria (1,09 milioni), distribuzione farmaci file F (1,44 milioni), prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria (1,03 milioni) accompagnati da altre riduzioni di costi.

La voce B3) "Manutenzione riparazione (ordinaria esternalizzata)" presenta un incremento del 6,52% per 0,832 milioni di euro, dovuta principalmente alla manutenzione software e alla voce "altre manutenzioni e riparazioni".

La voce "Totale Costo del personale" presenta un incremento del 4,20%, pari a 9,23 milioni di euro, motivato per 4,2 milioni dall'applicazione del rinnovo del Contratto Collettivo nazionale di lavoro del comparto sanità, nonché dalla necessità di assicurare la produzione sanitaria a fronte di un bisogno assistenziale crescente (potenziamento attività di riduzione delle liste di attesa, nonché dell'assistenza ospedaliera e territoriale). Il personale dipendente dell'Azienda al 31/12/2025 è aumentato con particolare riferimento alla componente di dirigenza medica e veterinaria. Si rimanda alle tabelle di nota integrativa per il dettaglio rispetto ai singoli profili professionali.

Il bilancio di previsione 2025 è stato oggetto di numerose elaborazioni, con comunicazioni formali dei dati alla Regione (acquisizione del dato dall'applicativo regionale), secondo le disposizioni ricevute nel tempo.

La Regione ha assegnato le risorse disponibili per l'anno 2025 con DD n. 233 del 20 aprile 2026 e con altri provvedimenti di dettaglio emanati nel corso del 2025 e a inizio 2026.

L'ASL CN1 ha quindi potuto contabilizzare ulteriori contributi, rispetto a quanto applicabile nel previsionale, nonché "rilasci" di quote precedentemente accantonate dalla Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), riducendo la perdita dell'esercizio 2025.

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.

I fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico del personale – anno 2025

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. 245 del 08/07/2025, n. 288 del 20/08/2025 e n. 7 del 13/01/2026, è stato quantificato in via provvisoria l'ammontare dei fondi contrattuali per l'anno 2025, sia per il Personale del Comparto che per la Dirigenza Area Sanità e Dirigenza Funzioni Locali.

La quantificazione è effettuata tenendo conto delle vigenti disposizioni di legge in materia e delle norme al riguardo contenute nei vigenti CC.NN.NN.L. delle aree contrattuali per il Personale del Comparto, per l'Area Dirigenziale Sanità (che include Dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari) e per l'Area Dirigenziale Funzioni Locali, nonché degli accordi annuali aziendali sottoscritti con le OO.SS. relativi ai fondi 2025 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 2025, come definiti con i citati provvedimenti n. 245 del 08/07/2025, n. 288 del 20/08/2025 e n. 7 del 13/01/2026.

DIRIGENZA AREA SANITÀ	
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DEGLI INCARICHI - ART.72 CCNL 23/01/2024	
Totale fondo	17.434.911,94
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DELLE CONDIZIONI DI LAVORO - ART.73 CCNL 23/01/2024	
Totale fondo	2.496.401,76
FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO - ART. 74 CCNL 23/01/2024	
Totale fondo	4.474.390,53
TOTALE FONDI come da Deliberazione n. 245/2025	24.405.704,23

AREA DIRIGENZA FUNZIONI LOCALI	
FONDO RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ART.90 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	779.228,07

FONDO RETRIBUZIONE DI RISULTATO E ALTRI TRATTAMENTI ACCESSORI ART 91 CCNL 17/12/2020	
Totale fondo	490.591,93
TOTALE FONDI come da Deliberazione n. 288/2025	1.269.820,00

PERSONALE DEL COMPARTO			
Descrizione	Fondo art.103 CCNL 02/11/2022 (premialità e condizioni di lavoro)	Fondo art.102 CCNL 02/11/2022 (incarichi, progressioni economiche e indennità professionali)	TOTALE FONDI 2025
Fondi come da Delib. 7/2026	13.617.893,68	11.439.084,56	25.056.978,24

Per quanto concerne la ripartizione della retribuzione di risultato, l'Azienda ha provveduto alla definizione dei relativi budget per l'anno 2025 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 2025 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 2024

Allegato 1 – budget risultato 2024 - 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	176,25	27.600,00
S.C. Anestesia e Rianimazione Mondovì	13,50	1.526,25	182.850,00
S.C. Anestesia e Rianimazione Savigliano	11,46	1.019,56	133.135,00
S.C. Cardiologia Mondovì	11,67	758,15	113.166,67
S.C. Cardiologia Savigliano	12,00	915,00	127.200,00
S.C. Chirurgia Generale Mondovì	13,54	853,93	129.244,00
S.C. Chirurgia Generale Savigliano	13,63	865,50	130.575,00
S.C. Diabetologia Territoriale	5,46	273,73	46.468,33
S.C. Direzione Sanitaria Mondovì	2,00	168,75	22.500,00
S.C. Direzione Sanitaria Savigliano	2,21	-124,31	0,00
S.C. Distretto nord-est	2,75	223,44	30.250,00
S.C. Distretto nord-ovest	2,08	117,00	18.720,00
S.C. Distretto sud-est	0,58	32,63	5.220,00
S.C. Distretto sud-ovest	3,00	220,63	31.150,00
S.C. Fisiopatologia Respiratoria Saluzzo	6,00	431,25	61.500,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Mondovì	5,00	300,00	46.500,00
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	3,00	213,75	30.600,00
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale	19,50	1.558,75	212.450,00
S.C. Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche	15,55	1.069,06	155.500,00
S.C. Lungodegenza	4,00	312,50	43.000,00
S.C. Maxiemergenza 118	2,17	140,65	21.016,67
S.C. Medicina d'Urgenza Mondovì	6,17	423,77	61.666,67

RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2024

Allegato 1 – budget risultato 2024 - dirigenti medici e veterinari

S.C. Medicina d'Urgenza Savigliano	4,00	275,00	40.000,00
S.C. Medicina Fisica e riabilitazione area Nord	11,00	618,75	99.000,00
S.C. Medicina Interna Ceva	5,37	368,77	53.666,67
S.C. Medicina Interna Mondovì	5,25	360,94	52.500,00
S.C. Medicina Interna Saluzzo	7,13	489,56	71.250,00
S.C. Medicina Interna Savigliano	7,67	526,90	76.666,67
S.C. Medicina legale	5,42	439,98	59.588,33
S.C. Nefrologia Dialisi Mondovì	8,08	485,19	75.175,00
S.C. Neurologia Mondovì	4,17	286,27	41.666,67
S.C. Neurologia Savigliano	3,58	298,63	40.000,00
S.C. Neuropsichiatria infantile	8,04	502,70	76.395,83
S.C. Neuroriabilitazione Fossano	1,25	85,94	12.500,00
S.C. Oculistica Savigliano	4,74	260,89	42.200,83
S.C. Oncologia Area Nord	4,58	270,13	42.220,00
S.C. Ortopedia e Traumatologia Mondovì	4,83	326,44	47.850,00
S.C. Ortopedia e Traumatologia Savigliano	10,50	708,69	103.945,00
S.C. Otorinolaringoiatria Savigliano	4,00	225,00	36.000,00
S.C. Pediatria Mondovì	5,00	312,50	47.500,00
S.C. Pediatria Savigliano	8,75	546,88	83.125,00
S.C. Presidio Multizonale Profilassi e Polizia Veterinaria	1,00	68,75	10.000,00
S.C. Psichiatria area NORD	7,80	390,00	66.300,00
S.C. Psichiatria area SUD	8,58	469,88	76.200,00
S.C. Radiologia Mondovì	8,83	607,48	88.333,33
S.C. Radiologia Savigliano	10,13	695,81	101.250,00
S.C. S.I.A.N	4,00	275,00	40.000,00
S.C. S.I.S.P.	11,14	1.322,44	155.925,00
S.C. S.PRE.S.A.L	4,00	275,00	40.000,00

RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2024

Allegato 1 – budget risultato 2024 - dirigenti medici e veterinari

S.C. Sanità animale	47,55	3.269,06	475.500,00
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	6,58	288,20	52.666,00
S.C. Urologia Savigliano	6,00	412,50	60.000,00
S.C.I. Medicina Lavoro	2,00	200,00	25.000,00
S.s. Cardiologia Riabilitativa	2,50	162,50	24.250,00
S.S. Formazione e Sviluppo Competenze Qualità	0,50	10,42	4.250,00
S.s. Laboratorio Analisi	3,58	291,33	39.416,67
S.s. Medicina trasfusionale	5,00	487,50	61.500,00
S.S. Prevenzione rischio infettivo correlato assistenza	1,00	66,25	9.800,00
S.S.D. Ambiente, agenti fisici e radioprotezione	2,00	238,75	28.100,00
S.S.D. Continuità ass.le a valenza sanitaria	1,00	68,75	10.000,00
S.S.D. Coordinamento Emergenza Territoriale	11,60	693,88	107.710,42
S.S.D. Cure Palliative	4,00	225,00	36.000,00
S.S.D. Terapia antalgica e gestione accessi venosi centrali	1,00	72,00	10.260,00
S.S.D. Urologia Mondovì	1,67	114,40	16.666,67

RETRIBUZIONE DI RISULTATO 2024

Allegato 2 - budget risultato 2024 - 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	62,50	9.500,00
S.C. Farmacia ospedaliera	6,83	678,31	85.000,00

Struttura	Teste dirigenti non responsabili di struttura - tempo pieno equivalente	Orario negoziato per obiettivi prestazionali	Budget dirigenti non responsabili di struttura
S.C. Ginecologia e Ostetricia Savigliano	1,00	31,25	7.000,00
S.C. Neuropsichiatria infantile	9,90	358,87	73.259,75
S.C. Psichiatria area NORD	3,50	144,38	27.300,00
S.C. Psichiatria area SUD	1,70	70,13	13.260,00
S.C. S.I.A.N	2,00	62,50	14.000,00
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	3,49	135,35	26.533,37
S.C.I. Medicina Lavoro	2,00	62,50	14.000,00
S.S. Farmacia territoriale	3,00	217,50	30.900,00
S.S. Laboratorio Analisi	5,00	237,50	41.500,00
S.S.D. Ambiente, agenti fisici e radioprotezione	2,00	87,50	16.000,00
S.S.D. consultori famigliari	0,80	25,00	5.600,00
S.S.D. Promozione della salute	1,33	41,85	9.333,33
S.S.D. Servizio di psicologia e psico-patologia dello sviluppo	7,88	315,52	60.701,67

5. Pari opportunità

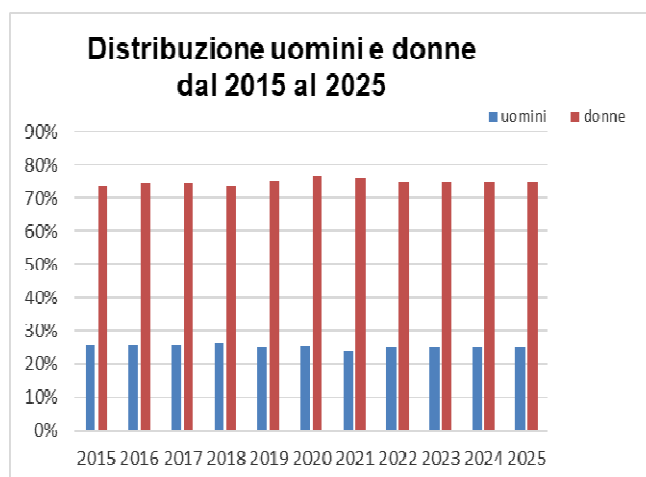
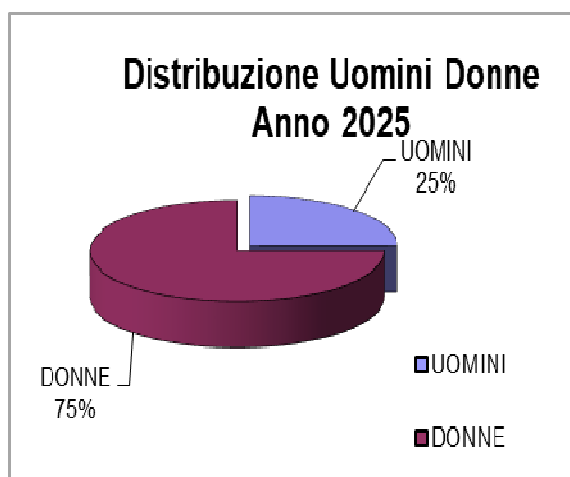
La relazione sulla condizione del personale è un adempimento del Comitato Unico di Garanzia previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 recante le “Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG”.

La relazione ha un duplice obiettivo: fornire uno spaccato sulla situazione del personale analizzando i dati forniti dall’Amministrazione e al tempo stesso costituire uno strumento utile per le azioni di benessere organizzativo da promuovere, verificando lo stato di attuazione di quelle già inserite nel Piano di azioni positive adottato dall’amministrazione.

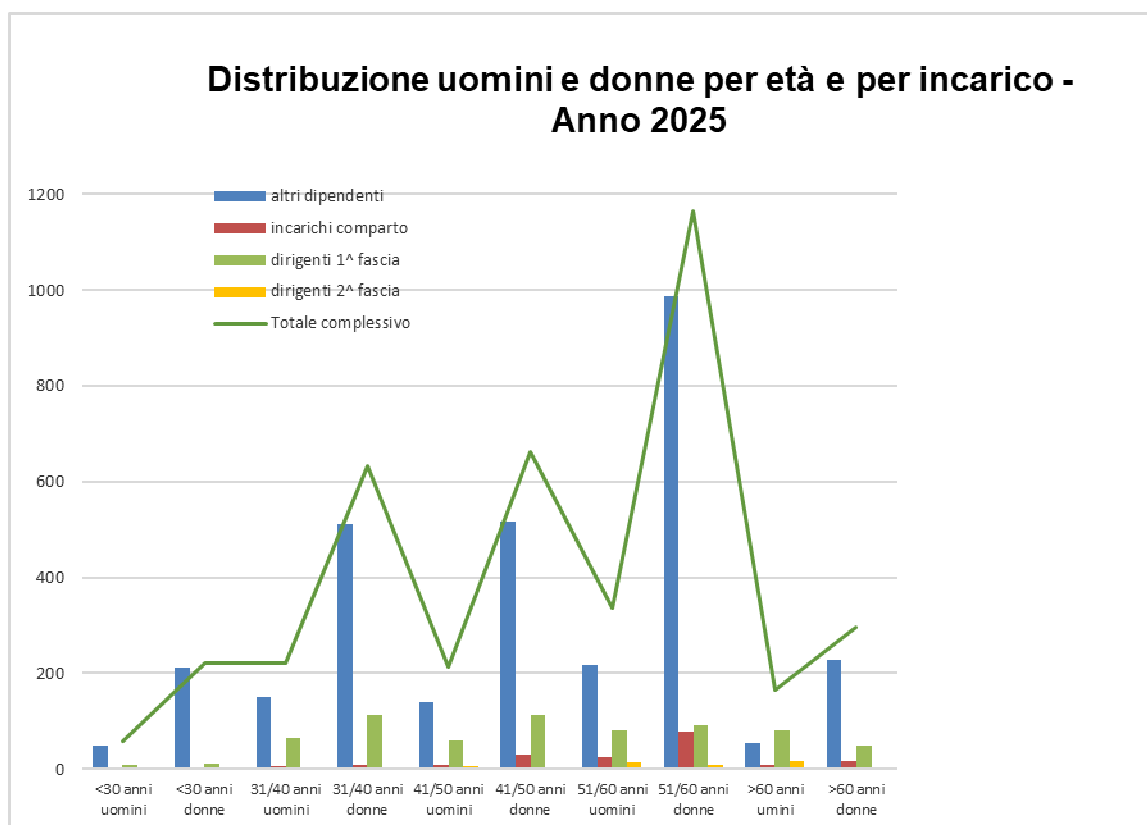
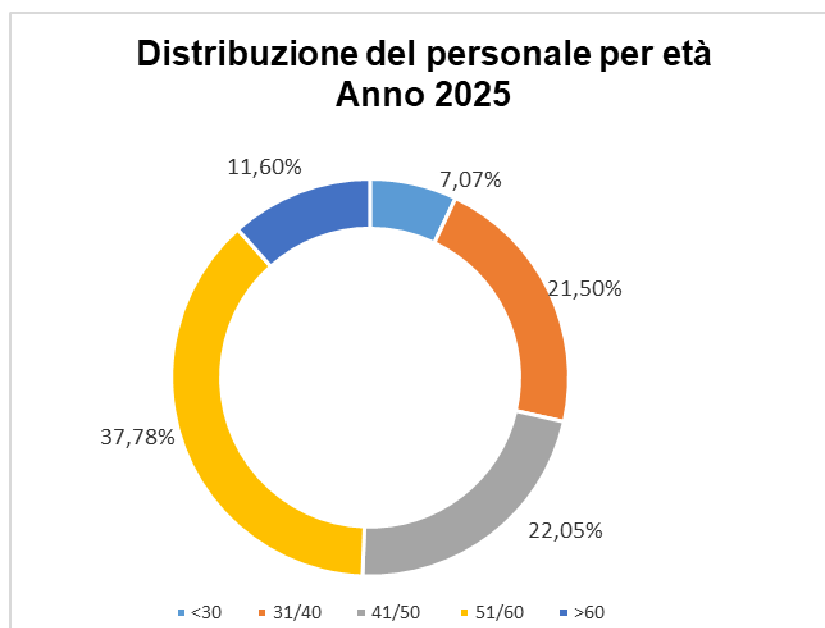
Compito del CUG è ricongiungere i dati provenienti da vari attori interni alla propria organizzazione per trarne delle conclusioni in merito all’attuazione delle tematiche di sua competenza: attuazione dei principi di parità e pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche sul luogo di lavoro.

SEZIONE 1. DATI SUL PERSONALE

Al 31 dicembre 2025 la **situazione complessiva del personale dipendente** e l’andamento nel periodo 2015-2025 presentano la seguente **distribuzione di genere**:



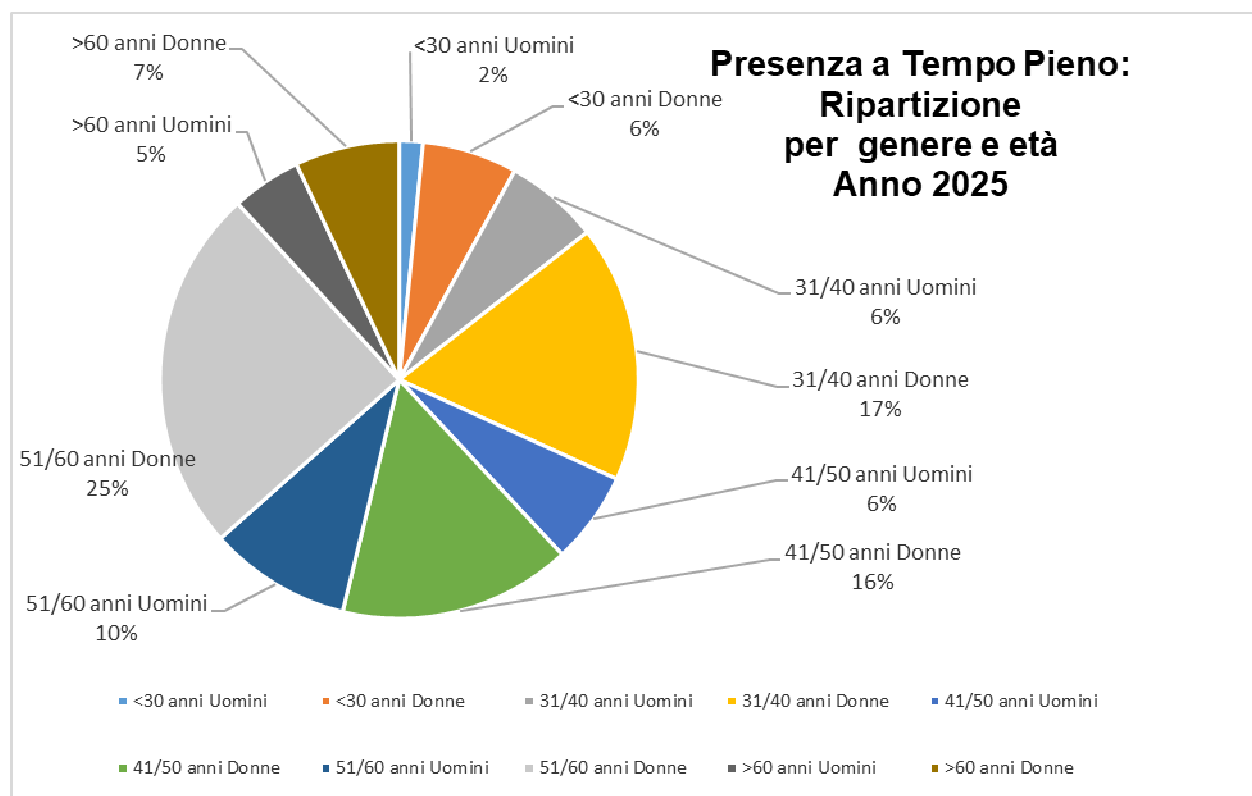
Al 31 dicembre 2025, la **situazione del personale dipendente**, suddivisa per **target di età** può essere rappresentata graficamente così:

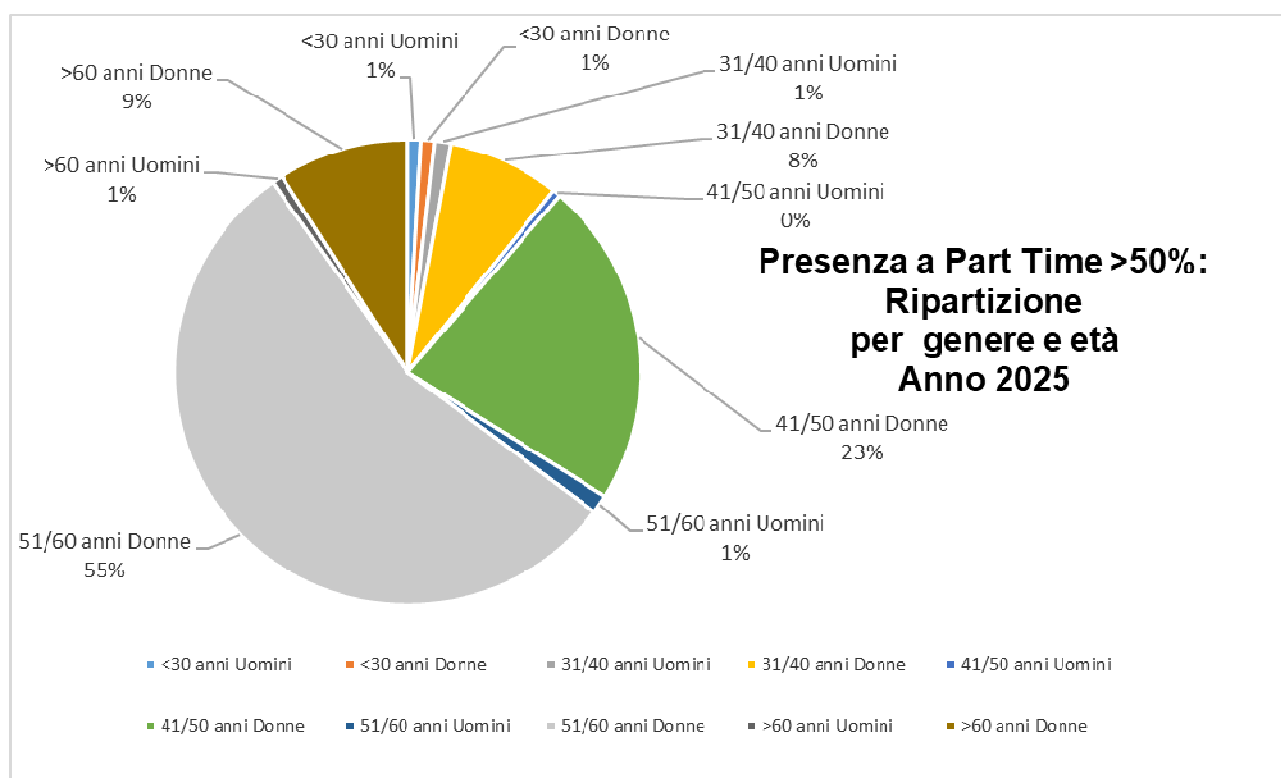
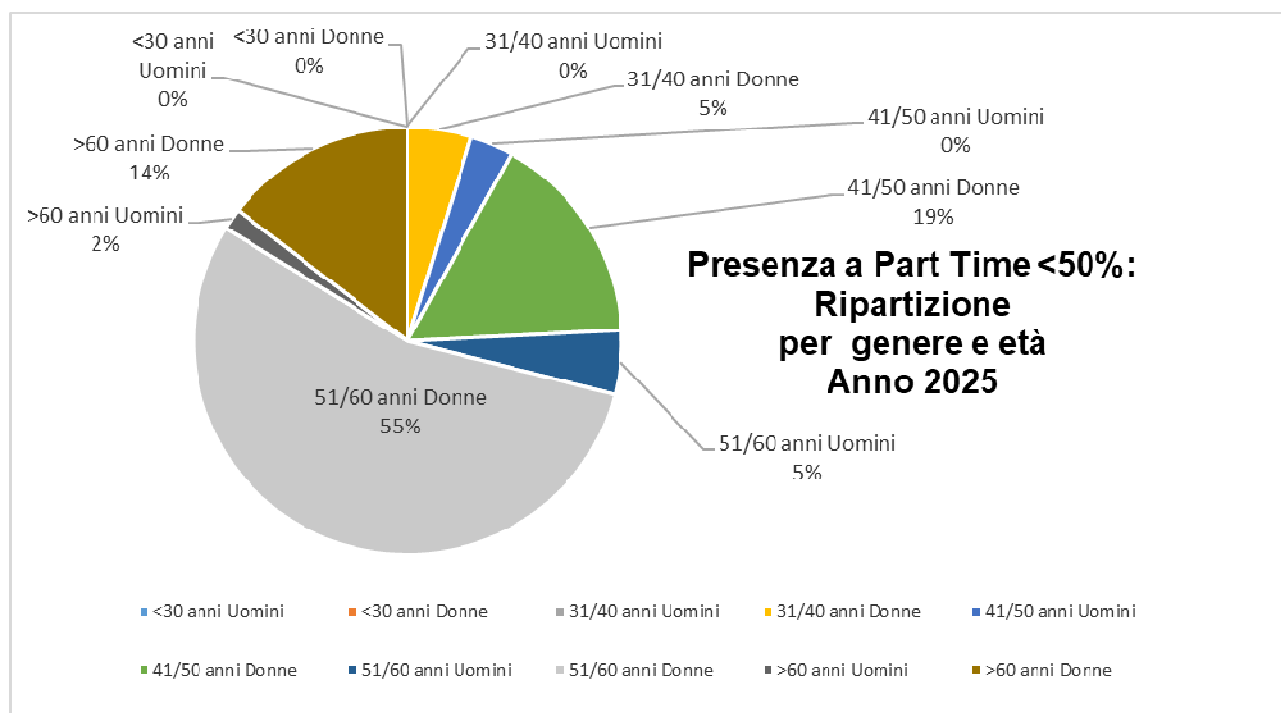


Seguono le ulteriori tabelle fornite dalla SCI Gestione Risorse Umane sulla distribuzione del personale:

RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE, ETÀ E TIPO DI PRESENZA

	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Tot.	%	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Tot.	%
Part Time <50%	0	0	0	3	1	4	1%	0	3	10	34	9	56	2%
Part Time >50%	5	6	2	7	4	24	2%	5	42	122	296	49	514	17%
Tempo Pieno	54	215	211	325	159	964	97%	217	588	531	836	239	2411	81%
Totale complessivo	59	221	213	335	164	992	100%	222	633	663	1166	297	2981	100%
Tot. %	6%	22%	22%	34%	16%	100%		7%	21%	22%	40%	10%	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>

POSIZIONI DI RESPONSABILITÀ 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
incarichi comparto	47	135	182
Totale personale dipendente comparto	657	2.589	3.246
Totale personale dipendente	992	2.981	3.973
% incarichi comparto su Tot. personale dipendente	7,15%	5,21%	5,60%

ANZIANITÀ NEI PROFILI E LIVELLI NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER ETÀ E PER GENERE

	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Tot.	Tot. %	<30	31/40	41/50	51/60	>60	Tot.	Tot. %
Inferiore a 3 anni	47	105	51	32	3	238	24%	170	178	89	54	13	504	17%
Tra 3 e 5 anni	10	58	31	24	4	127	13%	46	158	57	35	7	303	10%
Tra 5 e 10 anni	2	42	36	13	4	97	10%	6	201	81	44	4	336	11%
Superiore a 10 anni	0	16	95	266	153	530	53%	0	96	436	1033	273	1838	62%
Totale complessivo	59	221	213	335	164	992	100%	222	633	663	1166	297	2981	100%
Totale %	6%	22%	21%	34%	17%	100%		8%	21%	22%	39%	10%	100%	

DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI OMNICOMPRESIVE PER IL PERSONALE A TEMPO PIENO, SUDDIVISE PER GENERE NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO

Inquadramento	UOMINI	DONNE	Divario economico per livello	
	Retribuzione netta media	Retribuzione netta media	Valori assoluti	%
DIRIGENTI CON INCARICO SC	140.867,00	140.867,00	0,00	100,00
DIRIGENTI CON INCARICO SS e SSD	110.213,75	110.213,75	0,00	100,00
DIRIGENTI ALTRI INCARICHI O SENZA	93.383,29	93.383,29	0,00	100,00
COMPARTO area professionisti della salute e funzionari con incarico	45.121,47	45.121,47	0,00	100,00
COMPARTO area professionisti della salute e funzionari	37.349,88	37.349,88	0,00	100,00
COMPARTO area degli assistenti	30.485,40	30.485,40	0,00	100,00

Inquadramento	UOMINI	DONNE	Divario economico per livello	
COMPARTO area degli operatori	28.841,34	28.841,34	0,00	100,00
COMPARTO area del personale di supporto	26.035,67	26.035,67	0,00	100,00

Nota Metodologica – è stato inserito il valore in Euro delle retribuzioni medie nette, ivi compresi il trattamento accessorio (straordinari ecc.) del personale a tempo pieno da considerare al netto dei contributi previdenziali e assistenziali e in particolare come da nota espressa dall'ufficio interno all'amministrazione "sono stati considerati - come teste e come costo - soltanto i dipendenti con tempo pieno (no part time per comparto e orario ridotto per dirigenza). Il costo non è comprensivo di oneri e Irap".

PERSONALE DIRIGENZIALE SUDDIVISO PER LIVELLO E TITOLO DI STUDIO

Titolo di studio	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Laurea	0	0%	0	0%	0	0%
Laurea magistrale	58	17%	45	11%	103	13%
Specializzazione Post Laurea	277	83%	347	89%	624	87%
Master di I livello	*	*	*	*	*	*
Master di II livello	*	*	*	*	*	*
Dottorato di ricerca	*	*	*	*	*	*
Totale personale	335	100%	391	100%	727	100%
% sul personale complessivo	46%		54%		100%	

Allo stato attuale non è possibile avere un dato che permette il tracciamento dei campi segnati con () in quanto la comunicazione dei dati all'azienda è di carattere facoltativo.

PERSONALE NON DIRIGENZIALE SUDDIVISO PER LIVELLO E TITOLO DI STUDIO

Titolo di studio	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Inferiore al Diploma superiore	83	13%	227	9	310	10%
Diploma di scuola superiore	240	36%	921	35	1161	36%
Laurea	295	45%	1336	52	1631	50%
Laurea magistrale	39	6%	105	4	144	4%
Specializzazione Post Laurea	*	*	*	*	*	*
Master di I livello	*	*	*	*	*	*
Master di II livello	*	*	*	*	*	*
Dottorato di ricerca	*	*	*	*	*	*

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	657	100%	2589	100	3246	100%
Totale personale						

Allo stato attuale non è possibile avere un dato che permette il tracciamento dei campi segnati con () in quanto la comunicazione dei dati all'azienda è di carattere facoltativo.

COMPOSIZIONE DI GENERE DELLE COMMISSIONI DI CONCORSO

Tipo di Commissione	UOMINI		DONNE		TOTALE		di cui Presidente	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	D	U
Commissioni Concorso	34	60,71	22	39,29	56	100,00	8	17
Totale personale	34	100	22	100	56	100	8	17
% sul personale complessivo		60,71		39,29		100,00	14,29	30,36

Nota Metodologica – È stato inserito per ciascuna commissione di concorso nominata nell'anno il numero e la percentuale di uomini e donne

SEZIONE 2. CONCILIAZIONE VITA/LAVORO

Con riferimento ai dati forniti dall'amministrazione si restituiscono le tabelle in ordine alle tipologie di **misure di conciliazione** adottate e i dati circa la fruizione da parte del personale per genere.

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE PER GENERE ED ETÀ

Tipo Misura conciliazione	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Personale che fruisce di part time a richiesta	5	6	2	10	5	28	97%	5	45	132	330	58	570	99%
Personale che fruisce di telelavoro	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Personale che fruisce del lavoro agile	0	0	1	0	0	1	3%	0	3	0	0	0	3	1%
Personale che fruisce di orari flessibili	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Altro (specificare eventualmente aggiungendo una riga per ogni tipo di misura attivata)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Tipo Misura conciliazione	UOMINI (anni)							DONNE (anni)						
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> di 60	Tot	%
Totale	5	6	3	10	5	29	100%	5	48	132	330	58	573	100%
Totale %	17%	21%	10%	35%	17%	100%		1%	8%	23%	58%	10%	100%	

SEZIONE 3. PARITA'/PARI OPPORTUNITÀ

In questa sezione seguono le misure adottate per la tutela della parità e la promozione delle pari opportunità, come segue:

a) Piano Triennale di Azioni Positive

Il piano triennale delle azioni positive è stato rinnovato con deliberazione n. 544 del 04/12/2024.

Nel corso del 2025 il CUG ha consolidato le sinergie ed il confronto con altri soggetti pubblici nella promozione di iniziative sulle politiche di valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, per un maggiore dettaglio, si veda la SECONDA PARTE - punto B-ATTIVITA'.

I corsi sulle tematiche del benessere organizzativo e contro le discriminazioni, previsti nel piano triennale, già svolti nell'anno precedente, sono stati ripresi in Azienda con nuove edizioni o nuove programmazioni.

Nella riunione CUG del 16/12/2025 è stato condiviso l'aggiornamento del Piano triennale per l'anno 2026, poi recepito come allegato 8 nella Deliberazione ASL CN1 17/2026 di approvazione del PIAO per gli anni 2026-2028, ai sensi di quanto previsto dalla Direttiva 2/2019 – sezione 1 – 3.2.

b) Fruizione per genere della formazione e rilevazione del genere nelle schede di valutazione

FRUIZIONE DELLA FORMAZIONE SUDDIVISO PER GENERE, LIVELLO ED ETÀ

Tipo Formazione	UOMINI (anni)							DONNE (anni)							TOTALE
	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60	Tot	%	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60	Tot	%	
Obbligatoria (sicurezza)	726	4.108	3.814	5.547	3.305	17.500	27%	3.722	9.671	10.650	17.514	5.085	46.992	73 %	64.191
Aggiornamento professionale	1.613	11.344	8.111	14.483	10.482	46.034	27%	7.889	28.848	31.548	46.826	9.038	124.149	73 %	170.182
Competenze manageriali/Relazionali	16	80	28	26	194	346	17%	136	392	468	598	92	1.686	83 %	2.032
Tematiche CUG	14	268	377	1.012	662	2.333	15%	344	1.440	2.473	6.815	2.568	13.640	85 %	15.973
Violenza di genere	59	313	318	746	376	1.812	27%	321	759	926	2.308	671	4.985	73 %	6.797
Altro (specificare)															
Totale ore	2.428	16.113	12.648	21.816	15.020	68.024	26%	12.462	41.110	46.065	74.061	17.454	191.151	54 %	259.176
Totale ore %	4%	24%	19%	32%	22%	100%		7%	22%	24%	39%	9%	100%		

In particolare si evidenziano, a titolo esemplificativo, alcuni corsi seguiti dal personale aziendale, su base volontaria, nel corso dell'anno (sul tema si veda anche la Sezione 4 – punto 5):

- Prevenzione e gestione di violenze e molestie in sanità a danno degli operatori aziendali (art. 37 D. Lgs. 81/08);
- 10 lezioni sull'etica pubblica la pratica della mindfulness nei luoghi di lavoro: benessere, stabilità e sicurezza;
- le professioni d'aiuto: supportarsi per supportare; migliorare la salute ed il benessere psico-fisico dei lavoratori;
- cambiamenti culturali: varianza di genere;
- corso avanzato: dare continuità alla pratica: la mindfulness nei luoghi di lavoro
- utilizzo in sicurezza dell'auto aziendale.

c) Adozione bilancio di genere: *non adottato*

d) Differenziali retributivi uomo/donna dei/delle titolari di posizioni organizzative

Non risultano differenziali nel livello di inquadramento

e) Composizione per genere delle diverse commissioni di concorso per il reclutamento del personale

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati elaborati dalle Strutture emerge che il 75% del personale ASL CN1 è rappresentato da donne, il 25% da uomini, secondo un trend ormai stabile negli anni. Non si rilevano differenze nella media delle retribuzioni.

La distribuzione dei livelli dirigenziali è, percentualmente, a favore degli uomini, quella degli incarichi di funzione di poco a favore degli stessi. Questi dati, uniti a quello relativo alla ripartizione del personale per genere e tipo di presenza, dal quale emerge che al 19% di part-time femminile corrisponde un 3% di quello maschile, penso siano significativi della scelta espressa dalla componente femminile in tema di conciliazione casa/lavoro.

Più in generale, in ambito aziendale, si evidenziano molte iniziative finalizzate al benessere, volte a prevenire e combattere lo stress lavoro correlato e numerosi interventi di promozione della salute. Tali iniziative sono fondamentali al fine di continuare a diffondere la cultura del benessere sul posto di lavoro. Lo *star bene* durante l'orario lavorativo rappresenta un vantaggio sia per il singolo dipendente sia per l'Azienda: un ambiente sereno aumenta la produttività e l'efficienza del sistema.

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 2025 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 09/01/2026, 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 23 febbraio 2026 per far pervenire le relazioni alla S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi. Nel corso dei primi mesi dell'anno 2026, 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 18/03/2026 e 20/03/2026, 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 122 del 10/04/2026, 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, la S.S. Patrimonio, la S.S. Relazioni con il Pubblico, Comunicazione e Ufficio Stampa, 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 30/06/2026 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 2025. 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 2026.

Nell'ottica di armonizzare i contenuti della performance con le tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione, nel corso del 2025 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 2025"*, trasmesso in data 28/04/2026 con Prot. 0064268 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 gestione delle attività e 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. In conclusione, dall'analisi dei dati si evince il pieno raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi fissati nel PIAO. L'ASL ha dimostrato elevata efficacia nell'erogazione dei LEA e efficienza nella gestione delle risorse. Le azioni correttive attuate nel corso dell'anno hanno cercato di mitigare i disagi dovuti alle carenze di personale e alle difficoltà incontrate nel corso dell'anno. A queste priorità si è affiancato il proseguimento delle azioni per il miglioramento

continuo della qualità dell'assistenza, attraverso la declinazione delle linee strategiche aziendali in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, tra cui il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il Programma Nazionale Esiti (PNE).

Le sfide del PNRR, la gestione degli obiettivi, l'attenzione ai cittadini 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.

La presente relazione, a conclusione del Ciclo della Performance per l'anno 2025, ha rappresentato un importante strumento di miglioramento e di riassunto dell'attività dell'anno.

7. Allegati

- Delibera n. 122 del 10/04/2026 *“Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2025 da parte delle strutture dell’ASL CN1”*.
- Verifica Finale Budget 2025 – Obiettivi per struttura.
- Relazione del CUG sulla situazione del personale – Anno 2025.