



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ASL CN1

ANNO 2024

“Meglio zoppicare sulla strada giusta che correre su quella sbagliata”.

Sant’Agostino

Premessa: perché e come ci raccontiamo.

La presente Relazione sulla Performance relativa all’anno 2024 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 2024 è stato orientato nella politica di recupero a pieno regime delle attività e delle prestazioni sanitarie con un’attenzione particolare al contenimento dei costi come indicato dalla Regione Piemonte negli obiettivi ai Direttori Generali. Un ruolo importante è stato rivestito dagli investimenti del PNRR per quanto riguarda l’ammodernamento 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'attività dell'Ufficio Progetti, strutturato dall'autunno 2023, 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. 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 CRAL (Circolo ricreativo) aziendale che si concretizzerà nel 2025.

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 nel corso del 2024 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..... | 8 |
| 2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni..... | 10 |
| 2.1 Il contesto esterno di riferimento | 10 |
| 2.1.1 Territorio e contesto demografico | 10 |
| 2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno | 11 |
| 2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti | 18 |
| 2.3 Progetti di miglioramento della qualità percepita | 39 |
| 2.4 Il Valore Pubblico..... | 41 |
| 2.4.1 Definizione | 41 |
| 2.4.2 L'impatto del Valore Pubblico | 41 |
| 2.4.3 Pianificazione strategica del Valore Pubblico in ASL CN1..... | 42 |
| 2.5 I risultati nella partecipazione comunicata | 44 |
| 3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti | 50 |
| 3.1 Monitoraggio infrannuale | 56 |
| 3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici | 60 |
| 3.3 La Performance Organizzativa..... | 61 |
| 3.3.1 Obiettivi pienamente/sostanzialmente raggiunti | 65 |
| 3.4 La Performance Individuale | 73 |
| 3.4.1 Rendicontazione performance individuale 2024 – Personale del Comparto e titolari di posizione organizzativa o di coordinamento | 76 |
| 3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2024– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali..... | 77 |
| 3.5 Risultati 2024 su Trasparenza, Integrità e Prevenzione della Corruzione..... | 88 |
| 3.5.1 Trasparenza | 88 |
| 3.5.2 Prevenzione della Corruzione..... | 89 |
| 4. Risorse, efficienza ed economicità | 97 |
| 4.1 Le risorse finanziarie..... | 97 |
| 5. Pari opportunità..... | 103 |
| 6. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance..... | 111 |
| 7. Allegati | 114 |

1. Introduzione e presentazione del documento

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASL CN1, adottato con Deliberazione n. 492 del 23/12/2014 e annualmente aggiornato con ultima Deliberazione n. 582 del 18/12/2024, 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 illustra 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 2024, sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) approvato con deliberazione n. 25 del 29/01/2024 e aggiornato con delibera n. 424 del 30/09/2024, che costituiscono i documenti programmatici con i quali, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

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

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

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

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

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

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

Tali risultati sono consuntivati nella Relazione sulla Performance, che, adottata dalla Direzione Generale tramite deliberazione e formalmente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASL CN1 per la sua validazione, conclude il percorso e l'applicazione del Ciclo della Performance. Come indicato all'art. 14 comma 6 del D. Lgs 150/2009 e s.m.i., la validazione della Relazione sulla Performance è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito e, pertanto, soltanto a seguito di tale adempimento a carico dell'OIV, si può procedere al pagamento del saldo della retribuzione di risultato sia del personale del comparto sia della dirigenza.

Dal punto di vista dell'attuale relazione, si riferisce che sono state definite dall'Organismo Indipendente di Valutazione dell'ASL CN1 le percentuali di raggiungimento degli obiettivi, ciascuna delle quali è poi confluita nel complesso della media pesata (peso obiettivo nella scheda rispetto al peso del risultato dell'obiettivo, sommato per tutta la scheda) della scheda di ogni Struttura.

I livelli di performance raggiunti da ogni struttura danno origine al pagamento della quota di risultato così come indicato al capitolo 2.2.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi" del Piano della Performance 2024 – sezione all'interno del P.I.AO. 2024, 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. 134 del 01/04/2025 avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2024 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 2024.

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.

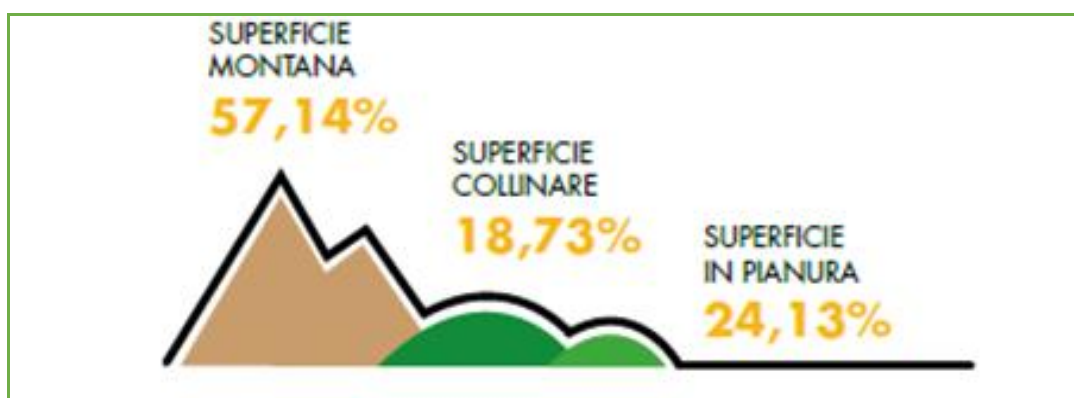
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

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 2024 è 413.007 (di cui 105.254 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 31/12/2024 è di 206.679 maschi (50%) e 206.328 femmine (50%) con la seguente suddivisione per ambito distrettuale di residenza, fasce di età e sesso.

| Distretto | 0-14 anni | 15-39 anni | 40-64 anni | 65 anni e oltre | Totale |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|----------------|
| Distretto SUD-OVEST | | | | | |
| FEMMINE | 9.693 | 20.681 | 28.558 | 22.075 | 81.007 |
| MASCHI | 10.431 | 22.700 | 28.872 | 18.457 | 80.460 |
| TOT. | 20.124 | 43.381 | 57.430 | 40.532 | 161.467 |
| Distretto SUD-EST | | | | | |
| FEMMINE | 4.733 | 9.982 | 14.611 | 12.417 | 41.743 |
| MASCHI | 4.974 | 11.708 | 15.027 | 10.566 | 42.275 |
| TOT. | 9.707 | 21.690 | 29.638 | 22.983 | 84.018 |
| Distretto NORD-OVEST | | | | | |
| FEMMINE | 4.596 | 9.759 | 14.009 | 10.949 | 39.313 |
| MASCHI | 4.882 | 11.054 | 14.525 | 9.287 | 39.748 |
| TOT. | 9.478 | 20.813 | 28.534 | 20.236 | 79.061 |

| Distretto NORD-EST | | | | | |
|--------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| FEMMINE | 5.640 | 11.286 | 15.529 | 11.810 | 44.265 |
| MASCHI | 6.098 | 12.645 | 15.760 | 9.685 | 44.188 |
| TOT. | 11.738 | 23.931 | 31.289 | 21.495 | 88.453 |
| TOT.GEN. | | | | | |
| FEMMINE | 24.662 | 51.708 | 72.707 | 57.251 | 206.328 |
| MASCHI | 26.385 | 58.107 | 74.184 | 48.003 | 206.679 |
| TOT. | 51.047 | 109.815 | 146.891 | 105.254 | 413.007 |

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 | | | |
| 31/12/2022 | 411.587 | 88.340 | 78.840 | 83.461 | 160.946 | 580.736 | 4.251.351 | 58.997.201 |
| 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 |

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 5.422.000 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2024, 448.862 si trovano in Piemonte (8,28%), 63.873 in Provincia di Cuneo (1,18%), mentre 44.763 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,83%).

| ANNO | TOTALE ASL CN1 | PROVINCIA DI CUNEO | REGIONE PIEMONTE | ITALIA |
|-------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-----------|
| 31/12/2022 | 42.618 | 61.685 | 420.240 | 5.141.341 |
| 31/12/2023 | 43.742 | 62.039 | 428.905 | 5.253.658 |
| 31/12/2024 | 44.763 | 63.873 | 448.862 | 5.422.000 |

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

2.1.2 Interventi normativi in corso d'anno

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali, essi sono definiti con apposita delibera dall'Assessorato regionale annualmente. L'Assessorato Regionale con la DGR 7-8279 del 11/03/2024 ha definito gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori

generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'annualità 2024; tali obiettivi sono stati recepiti con un peso importante (nelle schede il peso riportato è pari al 30% della quota di incentivazione prevista per il periodo 1° gennaio-31 dicembre 2024).

Gli obiettivi assegnati per l'anno 2024, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in sette aree articolate come segue:

Tabella 1. Articolazione degli obiettivi e sub-obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASR per il 2024

| Area | N | Obiettivo | Settori Referenti | ASL | AO/AOU | AO OIRM | AZ. ZERO |
|-----------------------------------|-----|---|--|-----|--------|---------|----------|
| 1 Governo dei fattori produttivi | 1.1 | Bilancio | Programmazione finanziaria del sistema sanitario; Programmazione economica e controllo dei bilanci delle aziende sanitarie; Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | 1.2 | Appropriatezza prescrittiva : immunoglobine | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari; Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | 1.3 | Appropriatezza prescrittiva: ossigeno | Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | 1.4 | Appropriatezza prescrittiva : acquisti diretti | Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica | ✓ | ✓ | | ✓ |
| | 1.5 | Allineamento registri alfa e flussi | Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica. | ✓ | ✓ | | |
| | 1.6 | Politiche di gestione delle risorse umane | Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 2. Edilizia Sanitaria | 2.1 | Attuazione interventi di edilizia sanitaria | Politiche degli investimenti; Coordinamento attuazione PNRR | ✓ | ✓ | | |
| 3. Sanità digitale | 3.1 | Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 | Coordinamento attuazione PNRR; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 4. Qualità | 4.1 | Tempi di attesa. Flusso CUP e Flusso C | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti | ✓ | ✓ | | |
| | 4.2 | Tempi di attesa e recupero produzione | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti | ✓ | ✓ | | |
| | 4.3 | Recupero mobilità passiva | Programmazione finanziaria del sistema sanitario; Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti | | | | |
| | 4.4 | NSG | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari; Controllo di gestione, Sistemi informativi, logistica Sanitaria e coordinamento degli acquisti; Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare; Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica. | ✓ | ✓ | | |
| | 4.5 | Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari | ✓ | ✓ | | |
| | 4.6 | Donazioni d'organo | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari | ✓ | ✓ | | |
| | 4.7 | Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente | Affari generali e giuridico legislativo | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 5. Prevenzione | 5.1 | Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici | Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare | ✓ | ✓ | | |
| | 5.2 | Contrasto antimicrobico resistenza | Prevenzione, sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare; Assistenza Farmaceutica, Integrativa, protesica. | ✓ | ✓ | | |
| 6. Obiettivi Azienda Zero | 6.1 | Assistenza domiciliare | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari | | | | ✓ |
| | 6.2 | Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari | ✓ | ✓ | | ✓ |
| 7. Obiettivi AO Regina Margherita | | redigere entro il 02/04/2024 cronoprogramma delle azioni da intraprendere per raggiungere gli obiettivi fissati dagli atti regionali relativi alla costituzione della nuova azienda | | | | | |
| | 7.1 | | Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari | | | ✓ | |

Agli obiettivi analiticamente elencati nella tabella qui riportata si deve poi aggiungere, con carattere preliminare rispetto al sistema obiettivi, lo 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 2024.

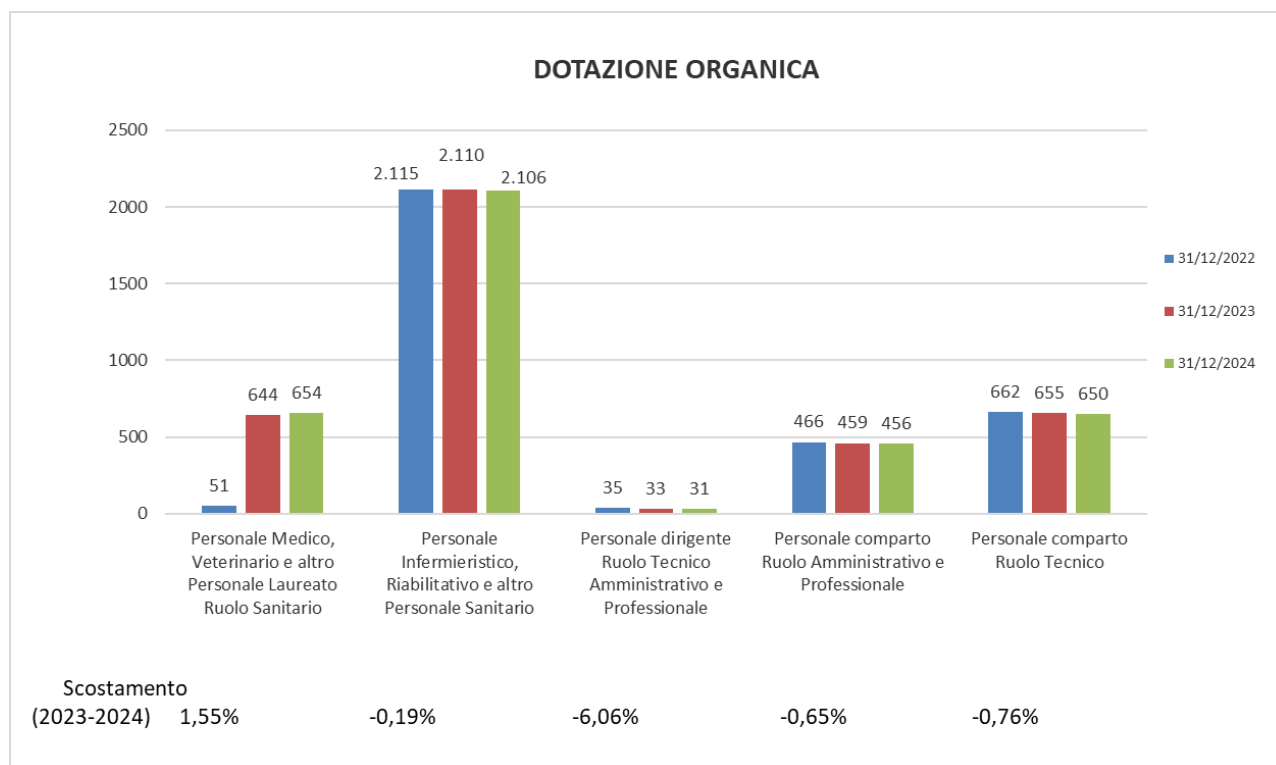
La rendicontazione degli obiettivi ha quindi seguito l'iter delineato nella DGR 7-8279 del 11/03/2024: ai sensi della L.R. 18/2007 – Art. 17 la Relazione socio sanitaria è stata predisposta e presentata al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari nella seduta del 20/02/2025; è stata poi deliberata (delibera n. 89 del 25/02/2025) e trasmessa all'Assessorato regionale con Prot. N. 0026776 del 26/02/2025; successivamente è stata presentata alla Rappresentanza dei Sindaci (come riferimento per la Conferenza dei Sindaci) il 15/04/2025 e il verbale con la relativa approvazione è stato trasmesso il 28/04/2025 (Prot. 59699).

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

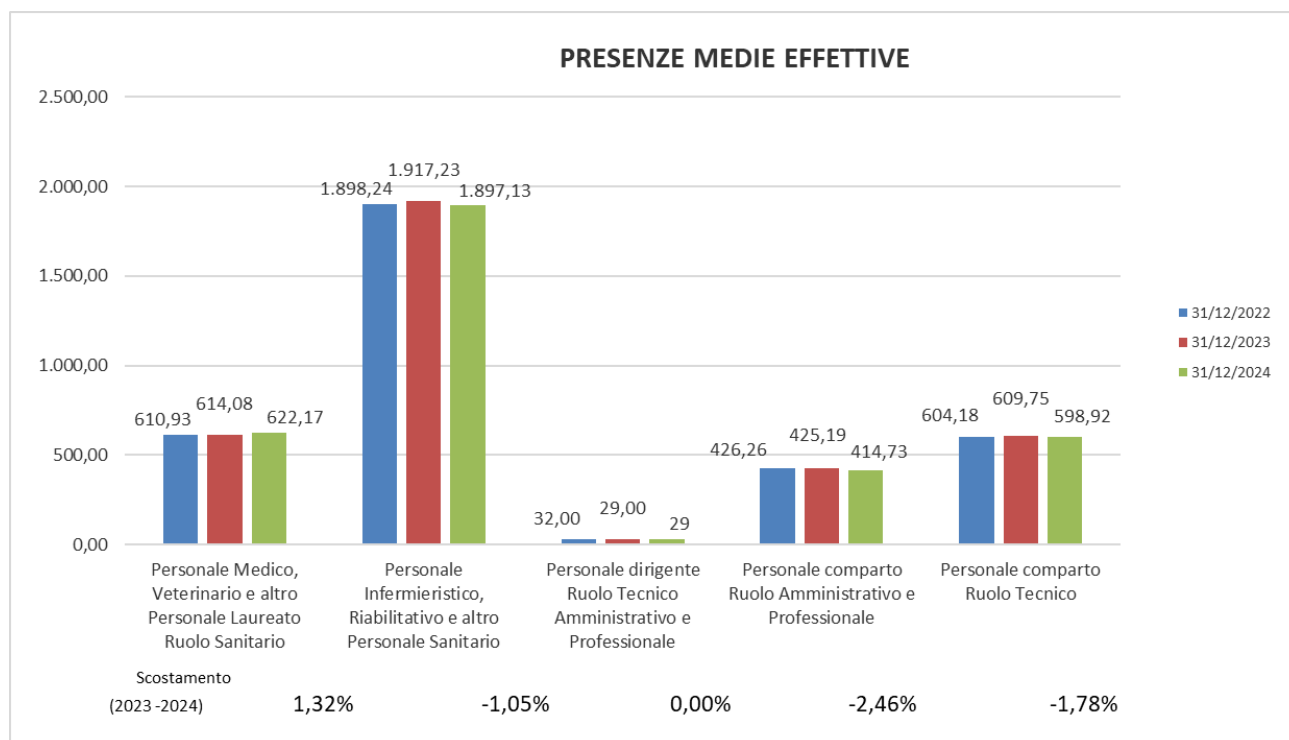
2.2.1 Il personale

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 | 31/12/2022 | 31/12/2023 | 31/12/2024 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO | 651 | 644 | 654 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO | 2115 | 2110 | 2106 |
| PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE | 35 | 33 | 31 |
| PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE | 466 | 459 | 456 |
| PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO | 662 | 655 | 650 |
| TOTALE AZIENDA | 3.929 | 3.901 | 3.897 |



| PRESENZE MEDIE EFFETTIVE | 31/12/2022 | 31/12/2023 | 31/12/2024 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| PERSONALE MEDICO, VETERINARIO E ALTRO PERSONALE LAUREATO RUOLO SANITARIO | 610,93 | 614,08 | 622,17 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO, RIABILITATIVO E ALTRO PERSONALE SANITARIO | 1898,24 | 1.917,23 | 1897,13 |
| PERSONALE DIRIGENTE RUOLO TECNICO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE | 32 | 29 | 29 |
| PERSONALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE | 426,26 | 425,19 | 414,73 |
| PERSONALE COMPARTO RUOLO TECNICO | 604,18 | 609,75 | 598,92 |
| TOTALE | 3.571,49 | 3.595,25 | 3.561,95 |



La formazione del personale dipendente

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

Nell'ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l'Azienda, a partire dal 2017 ha definito annualmente il Piano della Formazione. Per l'anno 2024 è stato approvato con Deliberazione n° 419 del 29/12/2023.

Il Piano è stato elaborato a partire dalle esigenze formative raccolte per individuare le reali necessità rispetto al ruolo professionale, 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)

Alla data del 20/01/2025 le attività di consuntivazione sono ancora in corso; nel seguito i dati parziali estrapolati da Portale ECM indicano che, nel corso dell'anno 2024, a fronte di 326 corsi programmati, ne sono stati erogati 319 di cui 167 residenziali, 46 formazioni sul campo, 32 corsi FAD, 2 blended e 72 corsi non accreditati per un totale di oltre 960 edizioni.

Sono stati rilasciati n° 18.841 attestati con Crediti ECM e n° 5.652 attestati di partecipazione non ECM per un totale di n° 24.493.

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| N° corsi | 214 | 259 | 244 | 255 | 260 | 232 | 237 | 248 | 194 | 204 | 264 | 319 |
| N° edizioni | 518 | 633 | 725 | 619 | 792 | 771 | 685 | 381 | 482 | 484 | 694 | 960 |
| N° partecipanti effettivi | 12.454 | 16.934 | 12.495 | 12.229 | 15.568 | 13.281 | 18.330 | 18.325 | 17.588 | 16.333 | 24.250 | 28.828 |

Raggruppando i corsi sulla base degli ambiti e obiettivi indicati nella Delibera di programmazione n. 419/2023 è possibile sintetizzare i dati come indicato nella tabella seguente:

| AMBITO AZIENDALE | OBIETTIVO NAZIONALE | | OBIETTIVO REGIONALE | | Corsi previsti | Corsi svolti |
|--|---------------------|--|---------------------|--|----------------|--------------|
| A COMUNICAZIONE E RELAZIONE | 7 | La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato | 6 | area giuridico - normativa | 4 | 1 |
| | 12 | Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure | 1 | area comunicazione e relazione | 12 | 11 |
| | 16 | Etica, bioetica e deontologia | 10 | area etica e deontologica | 1 | 1 |
| B SVILUPPO ORGANIZZATIVO E QUALITA' | 1 | Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP) | 9 | area metodologica | 4 | 2 |
| | 3 | Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura | 8 | area qualità e risk management | 9 | 13 |
| | 11 | Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali | 7 | area gestionale e manageriale | 17 | 13 |
| | 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 | 2 |
| | 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 | 6 | 1 |
| | | | 17 | area informatica e lingue straniere | 14 | 54 |
| C RISK MANAGEMENT E SICUREZZA | 6 | Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale | 8 | area qualità e risk management | 12 | 8 |
| | 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 | 43 | 34 |
| 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 | 14 | 13 |
| | 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 | 11 | 9 |
| | 20 | Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali | 20 | area igiene - sanità pubblica e veterinaria | 3 | 1 |
| | 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 | 6 | 5 |
| | | | 3 | area salute mentale | 14 | 9 |
| | | | 4 | area materno infantile e dell'adolescenza | 15 | 12 |
| | | | 5 | area delle dipendenze | 4 | 5 |
| | | | 29 | area salute e medicina di genere | 1 | 2 |
| | 23 | Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate | 20 | area igiene - sanità pubblica e veterinaria | 7 | 6 |
| | 24 | Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale | 20 | area igiene - sanità pubblica e veterinaria | 3 | 1 |
| 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 | 39 | 41 |

| AMBITO AZIENDALE | OBIETTIVO NAZIONALE | | OBIETTIVO REGIONALE | | Corsi previsti | Corsi svolti |
|--|---------------------|--|---------------------|---|----------------|--------------|
| 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 | 20 | 4 |
| | | | 11 | area specialità chirurgiche | 14 | 13 |
| | | | 12 | area specialità mediche | 27 | 15 |
| | | | 15 | area diagnostica | 8 | 5 |
| | | | 28 | area riabilitazione | 25 | 16 |
| | 21 | Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione | 2 | area cure primarie e cure domiciliari | 3 | 3 |
| | 25 | Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza | 16 | area farmaceutica e tossicologica | 2 | 2 |
| TOTALE | | | | | 341 | 302 |

Considerato inoltre che nel corso dell'anno 2024 sono state autorizzate attività anche per quanto attiene la formazione fuori sede, il raggiungimento medio di crediti per Area contrattuale risulta sintetizzato nella tabella seguente:

| AREA CONTRATTUALE | Totale Personale | Personale Partecipante | Corsi in sede | | Prov. Piemonte | | Fuori Sede | | Autoformazione | | Totale Crediti | Media Crediti |
|--------------------------------|------------------|------------------------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------------|
| | | | Partecipazioni | Crediti | Partecipazioni | Crediti | Partecipazioni | Crediti | Partecipazioni | Crediti | | |
| DIRIGENZA MEDICA | 635 | 592 | 2893 | 19766 | 776 | 6814 | 753 | 8168 | 94 | 927 | 35675 | 50 |
| DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA | 73 | 68 | 492 | 3552 | 81 | 705 | 65 | 702 | 0 | 0 | 4959 | 68 |
| DIRIGENZA PTA | 35 | 32 | 329 | 0 | 18 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COMPARTO SANITARIO | 1177 | 968 | 3210 | 0 | 50 | 8 | 185 | 10 | 1 | 0 | 18 | 0 |
| COMPARTO NON SANITARIO | 5 | 2133 | 13523 | 96129 | 1350 | 16157 | 2227 | 32053 | 531 | 10407 | 154746 | 69 |
| TOTALE | 4162 | 3793 | 20447 | 119447 | 2275 | 23684 | 3250 | 40934 | 626 | 11333 | 195398 | 47 |
| CONVENZIONATO | 775 | 299 | 700 | 4869 | 296 | 3199 | 154 | 1847 | 52 | 787 | 10702 | 14 |
| TOTALE | 775 | 299 | 700 | 4869 | 296 | 3199 | 154 | 1847 | 52 | 787 | 10702 | 14 |

2.2.2 L'attività e i risultati conseguiti

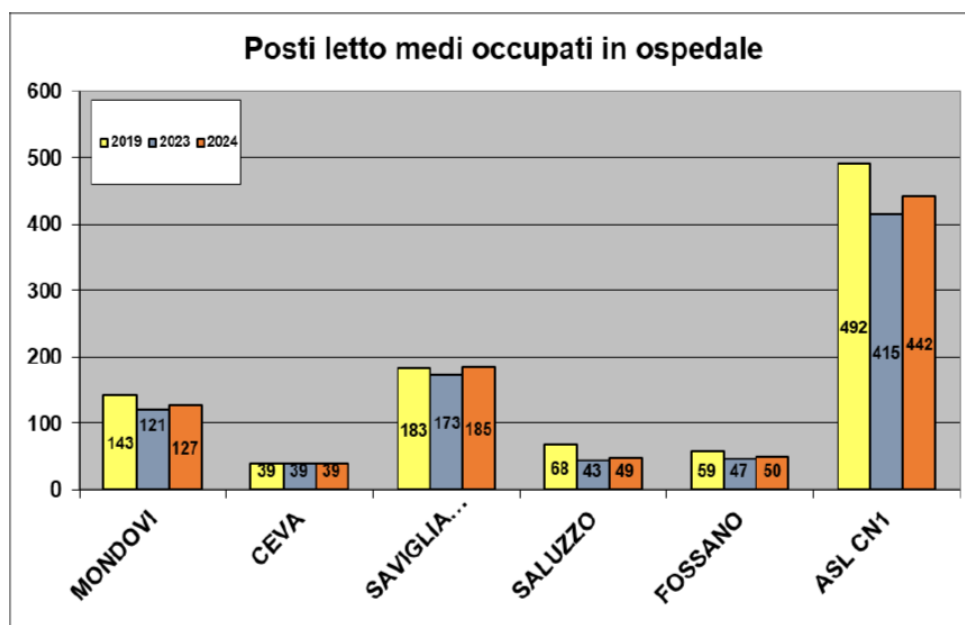
Il Presidio Ospedaliero

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, 2023 e la previsione per il 2024 basata sui dati ad oggi disponibili dai flussi regionali (in particolare i valori della mobilità passiva potrebbero essere ancora leggermente sottostimati). Sono stati messi a confronto tre anni, per consentire di evidenziare l'andamento del 2024 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, ma è indispensabile sottolineare come la carenza di personale medico, ormai cronica soprattutto nelle discipline di Neurologia, Ginecologia, Radiologia, Medicina, Anestesia e Medicina d'Urgenza, e la difficoltà nel reperire specialisti ambulatoriali soprattutto in discipline quali Dermatologia, Pneumologia, Allergologia influisca pesantemente sui dati di produzione dell'Azienda.

Posti letto occupati

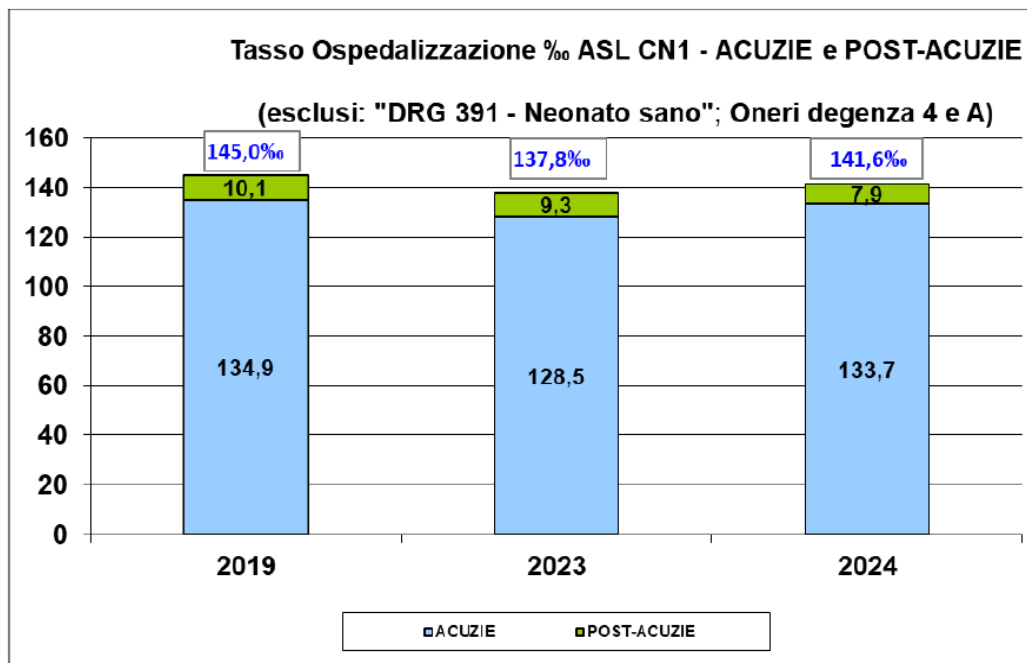
Nel grafico sottostante è riportato il numero medio giornaliero di posti letto di Ricovero Ordinario e DH occupati:



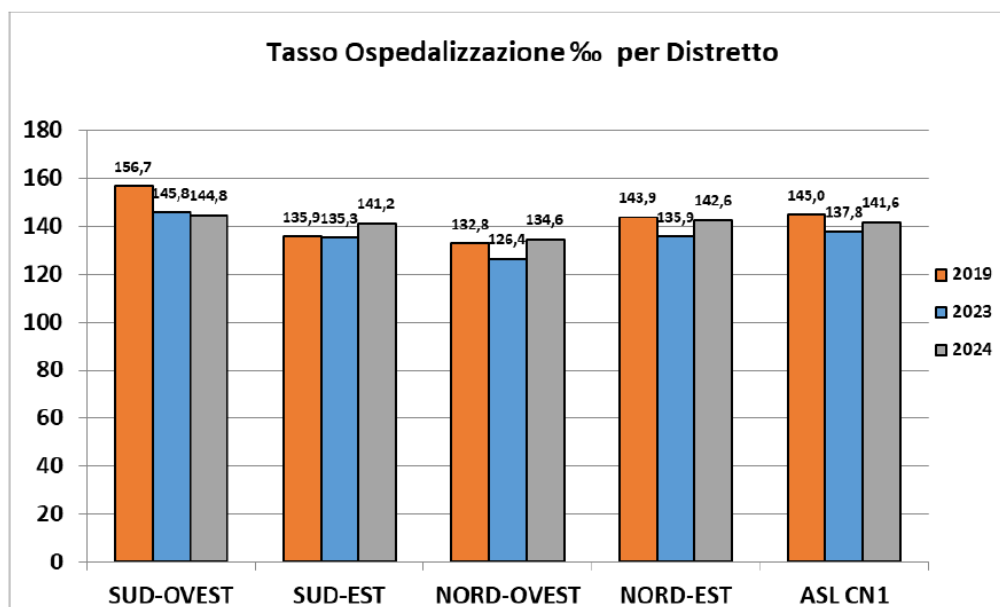
Tasso di Ospedalizzazione

Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione nel 2024 è relativo al 2023, in quanto ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per macroarea di ricovero e nel secondo per Distretto.

Per quanto risulti evidente un trend in crescita, il tasso di ospedalizzazione 2023 (il dato è riferito al periodo gennaio-novembre) è ancora inferiore al 2019. Persiste, come già 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.

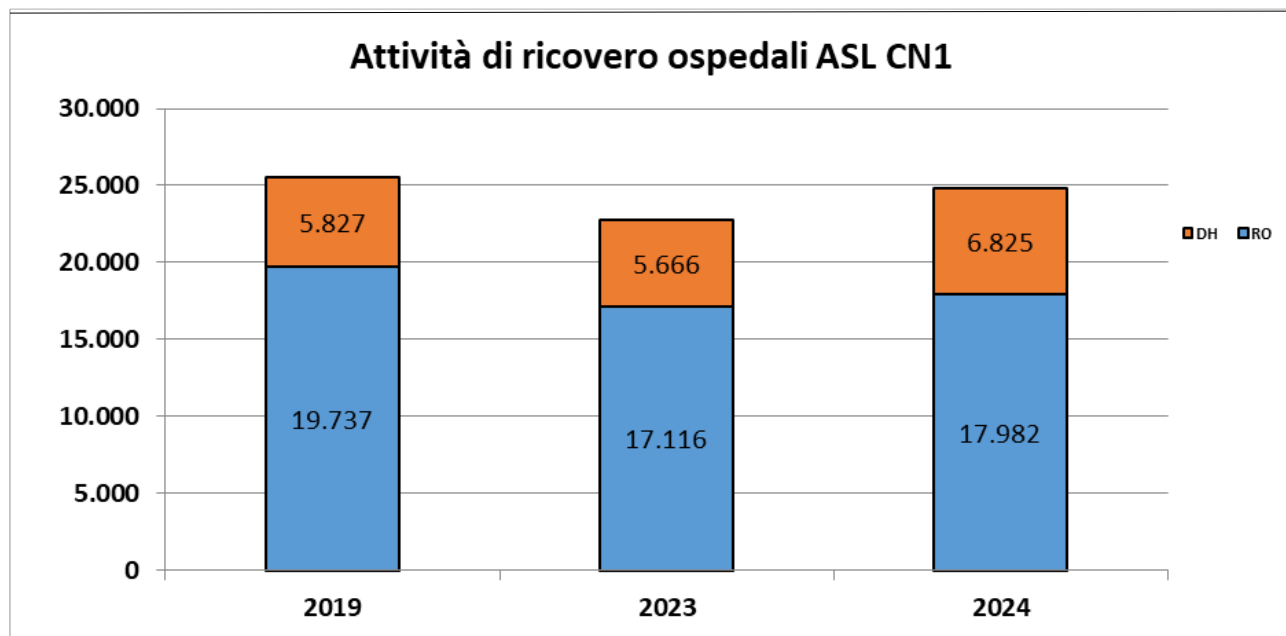


Nel 2024, si è registrato un moderato rialzo del tasso di ospedalizzazione rispetto al 2023, anche se il valore è ancora inferiore al 2019. Si segnala, come già in passato, una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale con il tasso più elevato nel Sud-Ovest (nel cui territorio è presente l'AO S. Croce e Carle di Cuneo) e più basso nel Nord-Ovest.



Volumi di attività (casi)

Nei grafici e nelle tabelle seguenti è riportata l'attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso, svolta dalle strutture dell'ASL CN1, nel corso degli anni 2019-2023-2024.



Come dettagliato nelle tabelle sotto riportate, nel 2024 la produzione dell'ASL CN1 è ancora leggermente inferiore rispetto a quella del 2019, sia in termini di numero di casi, sia per quanto riguarda il corrispondente valore tariffario. Sugli interventi di Alta, Media e Bassa complessità monitorati dal PNGLA, l'ASL ha tuttavia 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 risentono ancora della diminuzione del numero di ricoveri di Medicina Generale presso l'Ospedale di Saluzzo (che per parte del 2024 ha ancora dovuto mantenere un nucleo dedicato ai ricoveri COVID di media intensità) e al calo importante delle nascite nel presidio di Savigliano.

Produzione ricoveri 2019-2023-2024 (CASI)

| | 2019 | | | 2023 | | | 2024 - proiezione | | | 2024 vs. 2023 | | 2024 vs. 2019 | |
|-------------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|-------------------|-------|--------|---------------|-------|---------------|--------|
| Ospedali | R.O. | DH | Totale | R.O. | DH | Totale | R.O. | DH | Totale | N° | % | N° | % |
| Area NORD | 12.037 | 3.618 | 15.655 | 9.722 | 3.193 | 12.915 | 10.249 | 3.959 | 14.206 | 1.291 | 10,0% | -1.449 | -9,3% |
| Area SUD | 7.700 | 2.209 | 9.909 | 7.394 | 2.473 | 9.867 | 7.587 | 2.758 | 10.346 | 479 | 4,9% | 437 | 15,8% |
| TOT ASL CN1 | 19.737 | 5.827 | 25.564 | 17.116 | 5.666 | 22.782 | 17.836 | 6.717 | 24.552 | 1.770 | 7,8% | -1.012 | -15,1% |

La produzione totale ASL CN1, seppur in incremento rispetto al 2022 sia in termini di casi che di valore, è ancora inferiore al 2019 soprattutto negli ospedali dell'Area NORD. In particolare, per il Presidio di Savigliano, la diminuzione complessiva delle nascite (circa 260 nati in meno rispetto al 2019) e una maggior fuga verso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e la ASL CN2 hanno determinato una significativa diminuzione di ricoveri prodotti dal reparto di Ostetricia (circa 480 parti in meno rispetto al 2019) e di conseguenza dal Nido. Nel Presidio di Saluzzo la produzione 2023 è stata parzialmente limitata dalla riorganizzazione degli spazi e delle attività per consentire l'isolamento dei pazienti COVID nei periodi di maggior afflusso.

Produzione ricoveri 2019-2023-2024 (VALORE)

| | 2019 | | | 2023 | | | 2024 - proiezione | | | 2024 vs. 2023 | | 2024 vs. 2019 | |
|-------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|-------------------|-----------|------------|---------------|-------|---------------|--------|
| Ospedali | R.O. | DH | Totale | R.O. | DH | Totale | R.O. | DH | Totale | N° | % | N° | % |
| Area NORD | 43.339.021 | 4.562.828 | 47.901.849 | 37.236.217 | 4.005.663 | 41.241.880 | 40.584.770 | 4.894.820 | 45.468.273 | 4.226.393 | 10,2% | -2.433.575 | -5,1% |
| Area SUD | 28.127.190 | 2.801.871 | 30.929.061 | 26.126.603 | 3.146.652 | 29.273.255 | 27.356.556 | 3.501.020 | 30.857.182 | 1.583.926 | 5,4% | -71.879 | -2,1% |
| TOT ASL CN1 | 71.466.211 | 7.364.699 | 78.830.909 | 63.362.820 | 7.152.315 | 70.515.135 | 67.941.327 | 8.395.840 | 76.325.455 | 5.810.319 | 8,2% | -2.505.455 | -29,8% |

Come si evince dalle seguenti tabelle, seppur non ancora ai livelli 2019, la mobilità attiva intraregionale è cresciuta rispetto al 2023 mentre quella passiva è leggermente diminuita. Va considerato tuttavia, come espresso in premessa, che il dato potrebbe essere ancora leggermente sottostimato in quanto estrapolato prima della chiusura definitiva dei flussi 2024.

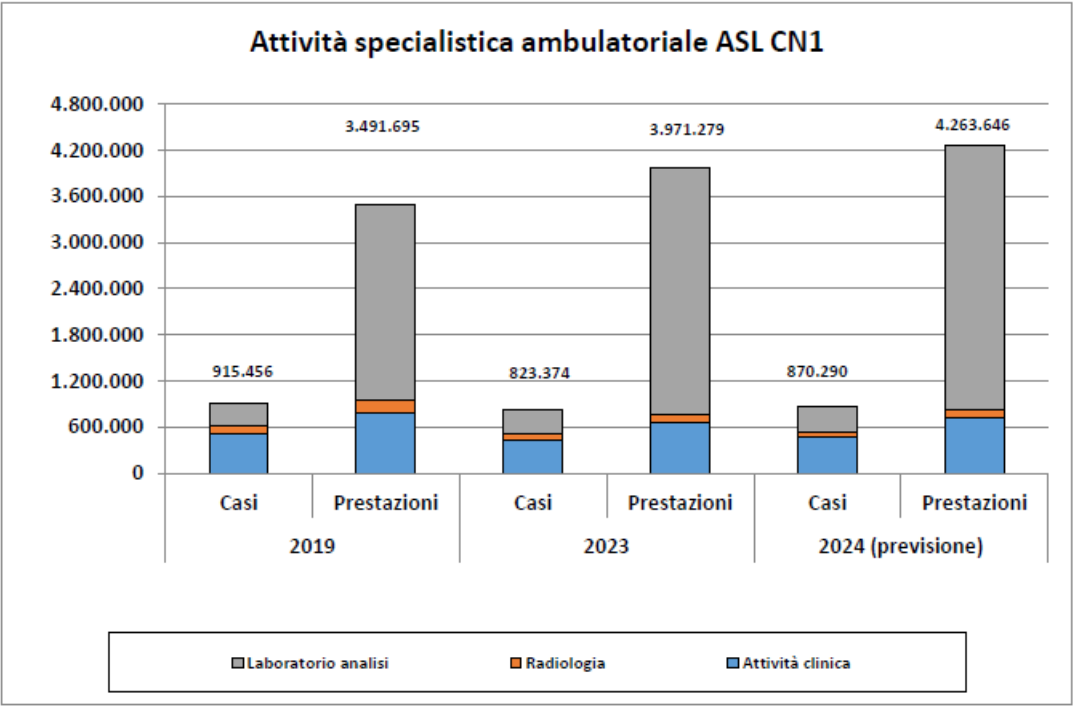
Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2023-2024 (CASI)

| TIPO MOBILITA' | EROGATORE | 2019 | 2023 | 2024 (provvisorio) | 2024 vs. 2023 | |
|------------------|----------------|--------|--------|--------------------|---------------|-------|
| | | | | | N° | % |
| Mobilità attiva | P.O. Area SUD | 586 | 453 | 471 | 18 | 4,0% |
| | P.O. Area NORD | 2.566 | 1.588 | 1.652 | 64 | 4,0% |
| | TOTALE | 3.152 | 2.041 | 2.123 | 82 | 4,0% |
| Mobilità passiva | ASO Cuneo | 28.221 | 25.491 | 25.935 | 444 | 1,7% |
| | Altro | 10.388 | 10.995 | 10.162 | -833 | -7,6% |
| | TOTALE | 38.609 | 36.486 | 36.097 | -389 | -1,1% |

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2023-2024 (VALORE)

| TIPO MOBILITA' | EROGATORE | 2019 | 2023 | 2024 (provvisorio) | 2024 vs. 2023 | |
|------------------|----------------|-------------|-------------|--------------------|---------------|-------|
| | | | | | N° | % |
| Mobilità attiva | P.O. Area SUD | 1.983.625 | 1.362.356 | 1.419.385 | 57.028 | 4,2% |
| | P.O. Area NORD | 7.522.231 | 5.125.737 | 5.353.665 | 227.928 | 4,4% |
| | TOTALE | 9.505.856 | 6.488.094 | 6.773.050 | 284.956 | 4,4% |
| Mobilità passiva | ASO Cuneo | 98.392.553 | 93.767.703 | 96.716.681 | 2.948.978 | 3,1% |
| | Altro | 39.928.765 | 45.466.631 | 45.394.153 | -72.478 | -0,2% |
| | TOTALE | 138.321.318 | 139.234.334 | 142.110.834 | 2.876.500 | 2,1% |

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, grazie soprattutto ai potenziamenti messi in atto per la riduzione dei 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 2019-2023-2024

| TIPO MOBILITA' | 2019 | | 2023 | | 2024 | | 2024 vs. 2023 | | | |
|-----------------|---------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|---------------|------|---------|------|
| | Prest. | Tariffa | Prestazioni | Tariffa | Prestazioni | Tariffa | Prestazioni | | Tariffa | |
| Intra regionale | 134.801 | 2.506.651 | 132.926 | 1.935.189 | 143.005 | 2.058.387 | 10.079 | 7,6% | 123.198 | 6,4% |
| Extra regionale | 87.179 | 1.328.491 | 66.608 | 938.275 | 70.803 | 1.031.260 | 4.195 | 6,3% | 92.985 | 9,9% |
| TOTALE | 221.980 | 3.835.141 | 199.534 | 2.873.465 | 213.808 | 3.089.647 | 14.274 | 7,2% | 216.183 | 7,5% |

Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2019-2023-2024

| EROGAT ORE | 2019 | | 2023 | | 2024 | | 2024 vs. 2023 | | | |
|---------------|-----------|------------|-------------|------------|-------------|------------|---------------|------|-----------|-------|
| | Prest. | Tariffa | Prestazioni | Tariffa | Prestazioni | Tariffa | Prestazioni | | Tariffa | |
| ASO Cuneo | 1.573.706 | 32.792.244 | 1.754.237 | 40.916.695 | 1.848.422 | 42.949.522 | 94,185 | 5,4% | 2.032.827 | 5,0% |
| Altro | 311.465 | 7.713.110 | 350.935 | 9.922.685 | 384.445 | 11.864.534 | 33,510 | 9,5% | 1.941.849 | 19,6% |
| TOTALE | 1.885.171 | 40.505.355 | 2.105.172 | 50.839.380 | 2.232.867 | 54.814.056 | 127,695 | 6,1% | 3.974.676 | 7,8% |

Anche in questo caso la mobilità passiva risulta aumentata rispetto al 2022 così come la mobilità attiva (soprattutto quella a favore di utenti fuori regione). L'incremento della produzione dell'AO Santa Croce e Carle di Cuneo per residenti della ASL CN1 è ascrivibile principalmente alla disciplina Laboratorio Analisi, all'Oculistica e alla Medicina nucleare (PET). L'incremento della produzione di altre aziende regionali riguarda soprattutto la Radioterapia, l'Ortopedia, il Laboratorio e in generale le prestazioni appartenenti alla branca Radiologica.

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

Accessi Pronto Soccorso 2019-2023-2024 (Produzione ASL CN1)

| CODICE COLORE | 2019 | 2023 | 2024 | 2024 vs 2023 |
|---------------|---------|--------|--------|--------------|
| Bianco | 10.435 | 2.969 | 3.135 | 166 |
| Verde | 85.936 | 41.333 | 46.174 | 4.841 |
| Azzurro | - | 33.281 | 32.011 | -1.270 |
| Arancione | 9.969 | 13.212 | 13.560 | 348 |
| Rosso | 781 | 1.277 | 1.179 | -98 |
| Totale | 107.121 | 92.072 | 96.059 | 3.987 |

Nel 2024 si è registrato un incremento del numero di accessi rispetto al 2023, soprattutto per i codici verdi e azzurri. La riduzione del numero di accessi ancora evidente nel 2024 rispetto a quelli del 2019 riguarda soprattutto le casistiche di minore complessità (in particolare i codici bianchi) e la media complessità.

Rispetto al 2019 è necessario evidenziare che a partire da marzo 2020, in ottemperanza a specifiche disposizioni regionali, sono state a lungo chiuse le sedi di Pronto Soccorso degli ospedali di Ceva e Saluzzo, rimanendo quindi permanentemente attive solo le sedi DEA degli ospedali di Mondovì e Savigliano; dal 2022 sono state riattivate le sedi di Ceva e Saluzzo, ma limitatamente alla fascia oraria diurna (8-12).

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

Attività distrettuale

L'attività, descritta nelle tabelle seguenti, si riferisce alla residenzialità e semi residenzialità per anziani (con riferimento anche all'Ospedale di Comunità), per disabili e alla gestione

dell'assistenza domiciliare (accessi e presa in carico dei pazienti) erogata nell'ambito dei quattro Distretti dell'ASL CN1.

| ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI | | | |
|-------------------------------------|---------------------|----------------|----------------|
| DISTRETTO | GIORNATE DI DEGENZA | | |
| | 2022 | 2023 | 2021 |
| SUD OVEST | 56.595 | 52.627 | 41.993 |
| SUD EST | 20.018 | 19.895 | 19.923 |
| NORD OVEST | 16.248 | 16.926 | 15.157 |
| NORD EST | 34.998 | 32.926 | 32.911 |
| | 127.859 | 122.374 | 109.984 |

| ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI | | | |
|---|----------------------|---------------|---------------|
| DISTRETTO | GIORNATE DEI DEGENZA | | |
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| SUD OVEST | 42.469 | 41.878 | 43.000 |
| SUD EST | 13.703 | 15.163 | 15.097 |
| NORD OVEST | 10.240 | 10.773 | 11.785 |
| NORD EST | 17.108 | 17.131 | 17.377 |
| | 83.520 | 84.945 | 87.259 |

| ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI | | | |
|------------------------------------|---------------------|----------------|----------------|
| DISTRETTO | GIORNATE DI DEGENZA | | |
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| SUD OVEST | 169.692 | 156.144 | 167.101 |
| SUD EST | 86.831 | 81.718 | 92.800 |
| NORD OVEST | 103.505 | 107.376 | 119.353 |
| NORD EST | 90.915 | 96.641 | 107.288 |
| | 450.943 | 441.879 | 486.542 |

| ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI | | | |
|--|----------------------|--------------|--------------|
| DISTRETTO | GIORNATE DEI DEGENZA | | |
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| SUD OVEST | 1488 | 1.632 | 1.423 |
| SUD EST | 0 | 0 | 0 |
| NORD OVEST | 1061 | 1.882 | 1.404 |
| NORD EST | 279 | 1.239 | 1.554 |
| | 2.828 | 4.753 | 4.381 |

| ATTIVITA' ALTA VALENZA SANITARIA | | | |
|--|----------------------|---------------|---------------|
| CAVS | GIORNATE DEI DEGENZA | | |
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| MONTESERRAT* (Borgo e Caraglio) | 12.180 | 16.305 | 23.863 |
| Robilante* | | | |
| Ospedali di Ceva, Mondovì e Saluzzo* | | | |
| Presidio di Demonte (1.06-31.12.2024)* | | | |
| | 12.180 | 16.305 | 23.863 |

| OSPEDALE DI COMUNITA' DI DEMONTE (n. giornate di degenza) | | | |
|--|----------------------|-------|------|
| Distretto | GIORNATE DEI DEGENZA | | |
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| SUD OVEST | 3.328 | 3.003 | 476 |

| ALTRE ATTIVITA' A FAVORE DI DISABILI/ANZIANI (n. giornate Nucleo stato vegetativo (NSV) e Nucleo di alta complessità neurologica (NAC)) | | | |
|---|----------------------|--------------|--------------|
| DISTRETTO | GIORNATE DEI DEGENZA | | |
| | 2022 | 2023 | 2024 |
| SUD OVEST | 700 | 513 | 757 |
| SUD EST | 738 | 930 | 768 |
| NORD OVEST | 504 | 970 | 680 |
| NORD EST | 813 | 688 | 817 |
| | 2.755 | 3.101 | 3.022 |

*Dal 2024 i CAVS sono erogati da: Struttura Monteserrat di Caraglio, Presidio di Demonte, Ospedale di Ceva

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 | | | | | | |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
| | I SEMESTRE | II SEMESTRE | I SEMESTRE | II SEMESTRE | I SEMESTRE | II SEMESTRE |
| SRD-RRF | 196 | 182 | 187 | 113 | 192 | 178 |
| ADI+UOCP | 209 | 191 | 186 | 165 | 194 | 182 |
| SID Semplice | | | | | 5.868 | 9541 |
| ADP | 770 | 710 | 1.393 | 694 | 2.005 | 2051 |
| ADI | 2.569 | 627 | 566 | 391 | 622 | 546 |
| SID | 4.929 | 4.569 | 4.693 | 2.405 | 4.673 | 5442 |
| SRD-NPI | | | | | | 2 |
| TOTALE | 8.673 | 6.279 | 7.025 | 3.768 | 13.554 | 17.942 |

| | | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
|--------------|----------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | I SEMESTRE | II SEMESTRE | I SEMESTRE | II SEMESTRE | I SEMESTRE | II SEMESTRE |
| ADI | Fisioterapista | 244 | 202 | 226 | 242 | 204 | 143 |
| | Infermiere | 14.101 | 13.377 | 12.590 | 11.914 | 11.766 | 10.359 |
| ADP | Fisioterapista | 74 | 72 | 104 | 47 | 75 | 86 |
| | Infermiere | 2.947 | 2.854 | 2.387 | 2.868 | 2.983 | 2.883 |
| SID | Fisioterapista | 654 | 398 | 469 | 539 | 660 | 761 |
| | Infermiere | 51.810 | 52.535 | 2.387 | 45.895 | 51.935 | 56.848 |
| ADI+UOCP | Fisioterapista | 8 | 8 | 25 | 2 | 34 | 1 |
| | Inf. UOCP | 1.812 | 1.826 | 1.545 | 1.364 | 1.428 | 1.217 |
| | Infermiere | 356 | 107 | 204 | 334 | 124 | 105 |
| SRD-RRF | Fisioterapista | 1.075 | 898 | 997 | 859 | 1.036 | 834 |
| | Infermiere | 191 | 224 | 323 | 513 | 284 | 262 |
| SID Semplice | Fisioterapista | | | | | 50 | 12 |
| | Infermiere | | | | | 6.055 | 4.961 |

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

| Dati di attività relativi alle Cure Domiciliari Utenti >=65 aa. in carico 2022-2023-2024 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| DISTRETTO | Mono-professionale | | | | | | Multi-professionale | | | | | | Totale | | |
| | I sem 2022 | II sem 2022 | I sem 2023 | II sem 2023 | I sem 2024 | II sem 2024 | I sem 2022 | II sem 2022 | I sem 2023 | II sem 2023 | I sem 2024 | II sem 2024 | 2022 | 2023 | 2024 |
| SUD OVEST | 1.011 | 178 | 735 | 254 | 2.867 | 4.106 | 2.232 | 1.909 | 1.487 | 646 | 367 | 227 | 5.330 | 3.122 | 7.567 |
| SUD EST | 361 | 163 | 389 | 135 | 1.081 | 2.189 | 1.463 | 1.303 | 887 | 394 | 1.430 | 1.190 | 3.290 | 1.805 | 5.890 |
| NORD OVEST | 459 | 104 | 228 | 90 | 549 | 1.128 | 1.422 | 1.306 | 1.082 | 456 | 1.568 | 1.497 | 3.291 | 1.856 | 4.742 |
| NORD EST | 411 | 127 | 493 | 136 | 603 | 1.157 | 1.283 | 1.130 | 752 | 420 | 998 | 1.022 | 2.951 | 1.801 | 3.780 |
| Totale ASL CN1 | 2.242 | 572 | 1.845 | 615 | 5.100 | 8.580 | 6.400 | 5.648 | 4.208 | 1.916 | 4.363 | 3.936 | 14.862 | 8.584 | 21.979 |

I dati del Dipartimento di Salute Mentale

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

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

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

L'attività dei Centri di Salute Mentale in numeri:

| Attività | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|---|-----------|---|---|
| Utenti in carico | 5905 | 6.215 | 6.249 |
| Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016) | 38.120 | 69.607 (41.602 DSM + 28.005 SERD) | 70.501 (40.378 DSM + 30.123 SERD) |
| Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali | 31.799 | 29.458 | 35.304 |
| Borse lavoro (n. utenti) | 150 | 149 | 122 |
| Assegni terapeutici (n. utenti) | 175 | 174 | 145 |

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 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|----------------------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| SPDC ASO S. CROCE CN | 16 pl (dal 01/01/2016) | 581 | 536 | 598 |
| SPDC SAVIGLIANO | 16 pl (dal 01/01/2016) | 333 | 306 | 336 |
| SPDC MONDOVI' | 16 pl (dal 01/01/2016) | 330 | 288 | 325 |
| Totale | 48 pl | 1.244 | 1.130 | 1.259 |

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce inoltre direttamente:

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

Totale 109 posti letto di residenzialità a Gestione Diretta.

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

I dati della Psicopatologia dello Sviluppo

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

| FASCIA D'ETÀ | N. PAZIENTI ANNO 2019 | N. PAZIENTI ANNO 2020 | N. PAZIENTI ANNO 2021 | N. PAZIENTI ANNO 2022 | N. PAZIENTI ANNO 2023 | N. PAZIENTI ANNO 2024 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 0-14 | 300 | 313 | 436 | 462 | 474 | 513 |
| 15-25 | 317 | 208 | 310 | 364 | 312 | 332 |
| >25 | 926 | 561 | 929 | 1006 | 1171 | 1475 |
| 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 |

*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 2024

| NOME PROGETTO | OGGETTO/DESTINATARI | PARTNER | RUOLO DELLA SSD PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO ASL CN1 | FINANZIAMENTI |
|---|---|--|--|--------------------------------|
| Individuazione precoce di bambini a Rischio Evolutivo per disturbi del Neurosviluppo (proseguimento dei PROGETTI NIDA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', IRENE 1 E IRENE 2) | 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 |
| 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 | Formazione accreditata OMS 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 | Tutte le ASR del Piemonte Enti gestori Socio Assistenziali Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT) | Attività di supporto psicologico e psicosociale | RETE ONCOLOGICA PIEMONTE VALLE D'AOSTA |
| Decreto 6 febbraio 2023 "Criteri e modalità di utilizzazione 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 | 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 |
| 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 | 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 |

I dati del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze

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

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

| Utenti in carico DPD | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 | Note |
|---|--------------|--------------|--------------|---|
| Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti | 1.599 | 1.708 | 1.801 | |
| Tossicodipendenti + alcol dipendenti + GAP in carcere | 139 | 166 | 250 | Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERD in carcere |
| Totale | 1.738 | 1.874 | 2051 | |

| Prestazioni ambulatoriali | Sanitarie (visite mediche) | Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C) | Totali |
|---------------------------|--|---|---------------|
| Anno 2024 | Globali visite mediche: 10.751 | Prestazioni psicologiche: 5611 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 |
| Anno 2022 | Globali visite mediche: 13.282 | Prestazioni psicologiche: 4.645 Prestazioni del Comparto: 10.685 | 28.612 |

| N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta | Strutture accreditate per le dipendenze | Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM) |
|--|---|---|
| Anno 2022 | 14.981 | 4.091 |
| Anno 2023 | 8.668 | 3.385 |
| Anno 2024 | 7.176 | 2.842 |

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 2024 (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...) | "REFRESH Progetto" Torino Regione N°3 Educatori SerD | Tutto il territorio dell'ASL CN1 |
| "RETE SENZA FILI" | Insegnanti | Formativo (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...) | 1 Corso formativo di due incontri N° 8 partecipanti | Tutto il territorio dell'ASL CN1 |
| RETE REGIONALE SAFE NIGHT "INSIDE OUT" | giovani e adulti | Informativo, preventivo durante event/manifestazioni | 1 serata a Mondovì 1 serata a San Michele Mon.vi | 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 21 classi, 425 studenti | Sedi di Savigliano Fossano Racconigi |
| "#DACHEDIPENDE" | Studenti scuola superiore | Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, life skills | Progetto svolto in presenza 25 classi 477 studenti | Sedi di Mondovì/ Ceva |
| "SPAZIO PORTO" | Adolescenti a rischio di devianza | Collaborazione con CSSM, Educativa Territoriale e Comuni Interventi di aggancio precoce e valutazione | *2 serate informative con 28 genitori di adolescenti * 3 incontri con 10 adolescenti | Ser.D. di Mondovì presso Comune di San Michele M.vi Comune di Murazzano |
| "INFORMA-TI" | -Operatori del Privato Sociale Rappresentanti della "comunità educante" Cittadinanza | Confronti, consulenze e formazione sulle tematiche dell'Addiction | * "Serata Social" N° 78 popolazione * All you can drink" N° 51 popolazione *Incontro con 28 Volontari LILT *Convegno "Dipendenze, ritiro sociale * "Appuntamento con le dipendenze: impariamo a non cascarci" | Comune di Villanova Mon.vi Comuni di San Michele Mon.vi e Genola Territorio ASL CN1 Torino Torino |

| | | | | |
|--|------------------------|---|---------------------------------------|-------------------|
| | | | * "Adolescenti e consumo di sostanze" | Comune di Mondovì |
| Incontri con i Centri di Aggregazione in collaborazione con coop, parrocchie e quartieri della Città | Adolescenti e genitori | Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio. | * 1 incontro con 32 partecipanti | Comune di Cuneo |
| "DIPENDE DA ME?" | Studenti Scuole Medie | Promozione del benessere/prevenzione dipendenze | * 4 incontri con 25 adolescenti | Comune di Cuneo |
| "DAL PARLARE AL COMUNICARE" | Gruppo Animatori SCOUT | Intervento sul tema della comunicazione: strumenti e strategie | 30 partecipanti | Comune di Mondovì |

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) | 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 in territorio ASL Cuneo "Al 34" Mondovì "Smart" Savigliano "Tag" Saluzzo |
| "PREVENZIONE DIFFUSA" CANTIERE ADOLESCENTI | Comune di Saluzzo e Comuni limitrofi | COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani | Attività e fondi diversificati | Partner |
| TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANI SAVIGLIANO/FOSSANO | Comune di Savigliano | COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani e adolescenti | - | Partner |

| | | | | |
|---|----------------------|--|---|---------|
| TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANILI MONDOVI' | Comune di Mondovì | COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani e adolescenti | - | Partner |
| TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANILI SALUZZO | Comune di Saluzzo | COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani e adolescenti | - | Partner |

Dipartimento di prevenzione

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

AREA A - Sanità Animale Dati di attività 2022 – 2023 – 2024

| PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| BOVINI | 320.366 | 317.394 | 331.142 |
| SUINI | 71.223 | 75.524 | 59.068 |
| AVICOLI | 949.953 | 884.343 | 771.555 |
| EQUINI | 769 | 822 | 968 |
| OVI-CAPRINI | 9.448 | 8.129 | 12.429 |
| SELVATICI | 668 | 382 | 363 |
| SELVAGGINA | 0 | 0 | 0 |
| ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI | 3.761 | 3.333 | 2280 |

AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale Dati di attività 2022 – 2023 – 2024

| ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| BOVINI | 263.010 | 263.083 | 267.361 |
| SUINI | 252.567 | 230.208 | 180.944 |
| OVICAPRINI | 28.598 | 27.005 | 27.741 |
| AVICUNICOLI | 10.729.290 | 11.328.844 | 12.631.867 |
| EQUINI | 31 | 14 | 222 |
| CINGHIALI | 169 | 268 | 768 |

AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Dati di attività 2022 – 2023 – 2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Ispezioni (presso stabilimenti ed allevamenti) | 2.307 | 2.828 | 3.058 |
| Audit (presso attività produttive, presso allevamenti/stabilimenti) | 68 | 38 | 67 |
| Campionamento (numero campioni in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte) | 972 | 1.577 | 1.822 |
| Atti Amministrativi (certificati per export di merci, vidimazione registri, istruttorie riconoscimenti/registrazioni, diritti veterinari emessi) | 5.963 | 5.385 | 5.836 |
| Pareri (pratiche ambientali/pratiche sportello) | 181* | 268* | 281* |

*totale pareri a cui hanno contribuito i tre Servizi Veterinari

SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione
Dati di attività 2022- 2023 – 2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Ispezioni (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti) | 1.325 | 1.309 | 1.367 |
| Audit (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti) | 9 | 98 | 8 |
| Campionamento (alimenti - acque minerali - acque potabili) | 1.832 | 1.823 | 1.428 |
| Atti Amministrativi (certificati esportazione, notifiche temporanee, nr. istruttorie riconoscimenti/registrazioni) | 3.084 | 4.356 | 3.435 |
| Promozione salute (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione): | | | |
| • ore dedicate | 98 | 70 | 72 |
| ▪ nr. soggetti raggiunti | 1.488 | 1.975 | 796 |
| Nutrizione (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale) | | | |
| • nr. soggetti raggiunti | 0 | 1.334 | 1.330 |
| • pareri, sopralluoghi, riunioni | 1.199 | 310 | 387 |
| • ore dedicate | 9 | 26 | 38 |
| Altre Autorizzazioni (pareri pratiche ambientali e da SUAP) | 193 | 201 | 208 |

SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro
Dati di attività 2022 – 2023 – 2024

| ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo | 1.297 | 1.274 | 1.249 |
| Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08) | 8.150 | 5.183 | 5.384 |
| Infortuni registrati | 699 | 661 | 619 |
| Inchieste infortuni concluse | 27 | 23 | 45 |
| Malattie professionali pervenute | 88 | 88 | 124 |
| Malattie professionali indagate | 85 | 77 | 112 |
| Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente | 8 | 16 | 24 |
| Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08 | 500 | 423 | 479 |

SISP – Igiene e Sanità Pubblica
Dati di attività 2022 – 2023 – 2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Nr. Attività di polizia mortuaria | 4.318 | 3.846 | 5.551 |
| Nr. controlli malattie infettive | 46.918* | 36.748** | 1.504 |
| Nr. persone a cui è stato fornito counselling per medicina viaggi | 737 | 836 | 1.977 |

| Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate | | | |
|--|-------------------|-------------------|------------------|
| Nr. vaccinazioni gestite | 63.721 | 77.308 | 85.358 |
| Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP | 57.631 | 76.016 | 80.224 |
| Vaccinazioni COVID | | | |
| Nr. Vaccinazioni gestite COVID** | 200.000 | 13.292 | 372 |
| Nr. vaccinazioni A/influenzale | Gestite n. 70.000 | Gestite n. 70.000 | Gestite n. 5.000 |
| | Effettuate n. 536 | Effettuate n. 44 | Effettuate n. 55 |

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

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

Medicina Legale Dati di attività 2022 – 2023 – 2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Patenti e Certificazioni | 8.541 | 8.515 | 8.6828 |
| Porto d'Armi | 383 | 307 | 338 |
| Idoneità per il lavoro | 1.784 | 1.758 | 1.395 |
| Stati invalidanti | 11.696 | 13.517 | 14.060 |
| Certificazioni | 131 | 106 | 126 |
| Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti | 15 | 19 | 25 |
| Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni | 429 | 426 | 421 |
| Medicina necroscopica | 5.284 | 4.635 | 4.630 |
| Gestione del rischio clinico (Risk management) Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce | 52 | 54 | 44 |

P.M.P.P.V Dati di attività 2022 – 2023– 2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Interventi (disinfezione/disinfestazione, su animali vivi, su spoglie animali, di vigilanza, per apposizione marchi auricolari, per gestione emergenze, per sopralluoghi, per allerte alimentari, per trasporti, nr ingressi in stalla per prove diagnostiche) | 2.530 | 4.111 | 7.175 |
| Interventi in reperibilità | 137 | 180 | 123 |
| Attività specifiche: Nr. marchi auricolari duplicati | 8.581 | 6.834 | 5.730 |
| Ore di collaborazione | 280:30 | 190:00 | 179:00 |
| Promozione della salute (ore dedicate ad educazione sanitaria) | 0 | 0 | 0 |

SSD Prevenzione e Promozione della Salute
Dati di attività 2022- 2023– 2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Attività di promozione salute setting scuola – a gestione diretta della struttura (laboratori , seminari, attività informative, ecc) | | | |
| ➤ n° destinatari intermedi (docenti, genitori, referenti, operatori sanitari ecc) | 157 | 849 | 608 |
| ➤ n° destinatari finali (studenti) | 960 | 2.116 | 1.721 |
| Promozione della salute – coordinamento progetti/programmi (produzione catalogo Scuola e salute e relative attività di governance ; governance PLP) | | | |
| ➤ N° scuole coinvolte in progetti /n° scuole totali | 65 su 69(94%) a.s. 2020/2021 | 60 su 77(78%) a.s. 2021/2022 | 64 su 66(97%) a.s. 2022/2023 |
| ➤ N° servizi /Associazioni coinvolti | 36 | 51 | 43 |
| Promozione della Salute setting comunità - progetti inter istituzionali attivi | 5 | 5 | 2 |
| - comuni /Enti/Associazioni coinvolti | 20 | 22 | 15 |
| Gestione flussi informativi - n° progetti aziendali gestiti in banca dati regionale Pro.Sa | 85 | 87 | 48 |
| Formazione (a operatori sanitari, scolastici, altri operatori) -n° corsi attivati -n° destinatari raggiunti | 2 325 | 3 130yy | 4 130 |

UVOS

Dati di attività 2022-2023-2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Mammografia (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico) | 91.362 | 96.098 | 93.489 |
| Citologia cervico vaginale (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico) | 85.227 | 64.062 | 66.237 |
| HPV-DNA (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico) | | | |
| Rettosigmoidoscopia (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico) | 10.547 | 1.198 | 115 |
| FFIT (nr. inviti alla popolazione, nr. test effettuati, nr. inviti ad approfondimento diagnostico) | 42.210 | 102.371 | 83.946 |

S.S.D. Ambiente, Agenti fisici e Radioprotezione
Dati di attività 2022-2023-2024

| ATTIVITA' | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti – progetti edilizi – richieste agibilità/abitabilità e rilascio pareri di competenza | 130 | 296 | 338 |
| Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate) | 150 | 96 | 127 |
| Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo | 110 | 178 | 160 |
| Nr. attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi | 120 | 41 | 44 |
| Nr. attività finalizzate da autorizzazione o controlli di altri edifici | 80 | 61 | 66 |
| Nr. attività finalizzate controllo in ambiente esterno e altri controlli | 130 | 45 | 57 |
| Nr. partecipazioni a commissioni | 150 | 124 | 125 |
| Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti | 200 | 126 | 126 |

2.3 Progetti di miglioramento della qualità percepita

Il D. Lgs. 150/2009, modificato dal D. Lgs. 74/2017, all'art. 7 comma c) sancisce la partecipazione dei cittadini nella valutazione della Performance dell'Azienda ovvero definisce che la funzione di misurazione e valutazione della performance è svolta anche *“dai cittadini o dagli altri utenti finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'amministrazione, partecipando alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione”* e all'art. 19-bis definisce che *“i cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo Indipendente di Valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo”*.

Ciascuna Amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini in relazione alle attività e ai servizi erogati, favorendo ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi”.

I cittadini dell'ASL CN1, 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 sono state intraprese le seguenti attività di valutazione della qualità percepita dell'utenza in forma riservata e anonima.

- SEMINARI STANFORD: somministrazione dei questionari di Customer Satisfaction per rilevare il grado di efficacia di quanto appreso durante i seminari per l'autogestione delle malattie croniche e del diabete, condotti da infermieri formati con un programma proveniente dall'Università di Stanford somministrati nel secondo semestre 2024, nell'ambito del Piano Locale Cronicità. Oggetto della ricerca era in particolare: l'accessibilità al servizio, la soddisfazione rispetto al percorso di cura e alle informazioni ricevute, al miglioramento di aspetti di salute. In totale hanno aderito 121 utenti e il grado di soddisfazione è stato nel complesso relativamente molto alto.
- AMBULATORI DELLA SALUTE: somministrazione dei questionari di Customer Satisfaction, nel secondo semestre 2024 nell'ambito del Piano Locale Cronicità e a seguito dell'attivazione degli Ambulatori della Salute, per rilevare il grado di soddisfazione ricevuto dai pazienti che accedono alle Case della Salute e accogliere eventuali proposte migliorative. Oggetto della ricerca era in particolare: l'accessibilità al servizio, la qualità relazionale, il rispetto dell'esigenze dell'utente, la capacità comunicativa del personale. In totale hanno aderito 187 utenti e il grado di soddisfazione è stato nel complesso relativamente molto alto.
- 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 2024 hanno risposto 55 pazienti e 64 parenti rispetto alla loro percezione sull'organizzazione, sulla relazione e la comunicazione tra personale e assistiti.

- 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, effettuata da AMOS nel mese di dicembre 2024 nei presidi ospedalieri di Ceva, Fossano e Mondovì. 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. Nel 2025 verranno indagati i presidi di Savigliano e Saluzzo.
- 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 nei mesi di novembre e dicembre 2024 relativamente ai presidi di Savigliano e Mondovì. L'indagine intitolata "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" 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;
 - reparti di degenza "a misura d'uomo": comfort generale della struttura, accesso gratuito ad internet tramite rete wireless per gli utenti, presenza di un salottino o altra area di socializzazione, possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare giornali e riviste, possibilità, per i degenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona, presenza di uno sportello bancomat all'interno della struttura, presenza di un bar, presenza di biblioteca/angolo lettura con libri e riviste accessibile gratuitamente a degenti e familiari, presenza di un'area verde/giardino con panchine accessibile a degenti e familiari;
 - accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza, semplificazione delle procedure, agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza, sito Internet Aziendale conforme alle "Linee guida di design per i siti internet e i servizi digitali della PA";
 - assistenza Ospedaliera e Territoriale, FSE e consenso informato.

Al termine degli incontri di valutazione, per ogni presidio è stato redatto un piano di miglioramento le cui azioni verranno intraprese nel corso del 2025.

Inoltre attraverso gli sportelli dell'**Ufficio Relazioni con il Pubblico** aperti nelle diverse sedi territoriali è stata gestita una mole di lavoro di circa 11.000 passaggi annui (comprensivi di reclami, segnalazioni, suggerimenti, elogi e informazioni), significativi di un buon coinvolgimento della popolazione e di una costante richiesta di interazione tra Azienda e Cittadino. 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 13600 followers su Facebook e 1700 su Instagram e una media di circa 30.000 visualizzazioni a

settimana sui post pubblicati.

L'obiettivo dell'azienda è stato quello di cercare un dialogo costante con il cittadino improntato su un'interazione reale e costruttiva al di là dei meri adempimenti normativi.

2.4 Il Valore Pubblico

2.4.1 Definizione

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 stakeholder 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.

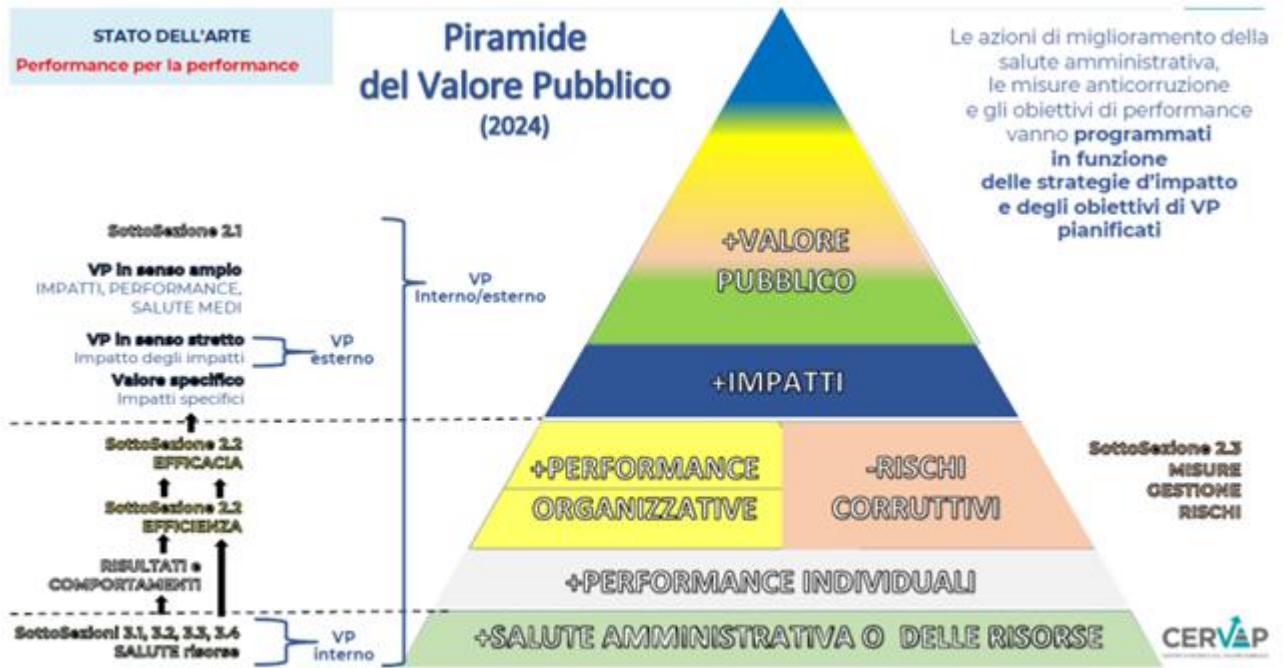
La creazione di Valore Pubblico esterno dipende dal miglioramento delle performance che, a sua volta, dipende dal miglioramento della salute delle risorse dell'amministrazione: la creazione di Valore Pubblico interno è, dunque, il presupposto per la creazione di Valore Pubblico esterno.

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

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 (deliberazione n. 536 del 28/11/2024 Adozione bilancio di previsione 2025 in forma di provvisorio tecnico) 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 2024 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 2024.

| INIZIATIVE E PROGETTI 2024 | | |
|----------------------------|---|--|
| GENNAIO |  | <p>Posizionato il primo catetere venoso a domicilio</p> <p>Posizionato per la prima volta in Asl CN1 un catetere venoso a domicilio ad un paziente, residente nell'ambito dell'Asl CN1, seguito dalle cure palliative. L'intervento, definito con una procedura concordata con la Direzione delle professioni sanitarie, è stato eseguito dalla Terapia antalgica (che fa parte del dipartimento di Emergenza Urgenza) in collaborazione con la struttura di Cure palliative dell'Asl (del dipartimento di Integrazione territoriale), con l'ausilio di un ecografo donato all'Asl dall'associazione "La Cura nello Sguardo".</p> |
| GENNAIO |  | <p>Nuova apparecchiatura in dono alla Cardiologia di Mondovì</p> <p>L'associazione Nasi Rossi e gli Amici del Cuore di Fossano/Mondovì hanno donato alla struttura di Cardiologia un nuovo sistema per la lettura degli Ecg Holter.</p> |
| FEBBRAIO |  | <p>La Lilt in soccorso della Pediatria Oncologica di Savigliano</p> <p>12.100 euro raccolti durante la seconda edizione del "Pigiama Run", evento della LILT al quale il sodalizio cuneese ha aderito nel settembre 2023 per la seconda volta. Un assegno di 12.100 euro sono stati consegnati dalla presidente Patrizia Manassero nelle mani dell'associazione "Il Fiore della Vita". Destinazione: la Pediatria Oncologica dell'ospedale di Savigliano, che è riferimento per tutta la provincia di Cuneo.</p> |
| FEBBRAIO |  | <p>Fossano: un ecotomografo di alta gamma alla Riabilitazione Cardiologica</p> <p>La Riabilitazione Cardiologica dell'Asl CN1, struttura che ha sede presso l'ospedale di Fossano ed è parte del dipartimento Medico Riabilitativo ha attivato un ecotomografo di alta gamma grazie al finanziamento della Fondazione della Cassa di Risparmio di Fossano. Un progetto, come molti altri, che migliorano la qualità dei servizi di cui Fossano è, nel suo ambito, un'eccellenza.</p> |

| | | |
|----------|---|--|
| FEBBRAIO |  | <p>L'Asl CN1 aderisce a "M'illumino di meno"</p> <p>L'ASLCN1 ha aderito all'iniziativa nazionale "M'illumino di meno" che si è svolta il 16 febbraio. L'Azienda, ormai da anni, ha avviato iniziative di sensibilizzazione dei dipendenti sulla tematica dell'efficientamento energetico, con il progetto "Aiutaci ad essere green"</p> |
| MARZO |  | <p>Saluzzo, una donazione della ITT di Barge alla Neuropsichiatria Infantile</p> <p>L'azienda ITT di Barge, con una generosa donazione per il tramite dell'Officina delle Idee, ha consentito alla Neuropsichiatria Infantile dell'Asl CN1, sede di Saluzzo, di acquistare materiali molto importanti nell'ambito del percorso di stimolazione basale</p> |
| APRILE |  | <p>Il "Mater Amabilis" accoglierà servizi dell'Asl CN1</p> <p>L'assessore regionale alla Sanità Luigi Genesio Icardi, la Sindaca di Cuneo Patrizia Manassero e altri primi cittadini del Distretto Sud Ovest, accompagnati dal direttore generale dell'Asl CN1 Giuseppe Guerra, hanno effettuato un sopralluogo al "Mater Amabilis" di Cuneo, l'antico complesso conventuale annesso al Santuario degli Angeli, concesso in comodato d'uso gratuito dal comune di Cuneo all'Asl CN1, che sarà sottoposto a una rifunzionalizzazione</p> |
| APRILE |  | <p>La Fondazione CR Saluzzo dona ecocardiografo di ultima generazione all'ospedale</p> <p>Inaugurato presso l'ambulatorio di Cardiologia dell'ospedale di Saluzzo, un ecocardiografo di ultima generazione donato dalla Fondazione della Cassa di Risparmio di Saluzzo.</p> |
| MAGGIO |  | <p>Ospedale di Saluzzo: dal 15 aprile i volontari AVO accoglieranno i pazienti</p> <p>Il gruppo Avo (Associazione Volontari Ospedalieri) di Saluzzo sarà presente presso l'atrio di ospedale (gli 8 volontari si alterneranno dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle 11.30) per accogliere i pazienti che accedono al nosocomio.</p> |
| MAGGIO |  | <p>Evento</p> <p>Cavoli o Cicogne? Incontri promossi dall'AslCn1</p> <p>I Consultori Familiari dell'ASL CN1 organizzano quattro incontri dal titolo "Cavoli o cicogne? Come accompagnare i bambini alla scoperta dell'affettività e della sessualità" al fine di supportare i genitori nel ruolo di figure di riferimento e di guida rispetto ad argomenti legati alla sessualità ed affettività.</p> |

| | | |
|--------|---|---|
| MAGGIO |  | Un nuovo pullmino al Centro Diurno di Cussanio Il Centro Diurno di Cussanio ha un nuovo pullmino per le uscite dei suoi pazienti. Il mezzo è stato donato dall'associazione MentelnPace di Cuneo che lo ha acquistato con il contributo paritario delle Fondazioni della Cassa di Risparmio di Fossano e di Torino. |
| MAGGIO |  | Chirurgia dello strabismo all'ospedale di Savigliano Dal mese di aprile anche presso l'ospedale di Savigliano è possibile il trattamento chirurgico, in età pediatrica, di una patologia invalidante come lo strabismo, che consiste in un disallineamento degli occhi responsabile di numerose problematiche funzionali e psicologiche. |
| GIUGNO |  | Inaugurazione primo campo base Montagnaterapia Inaugurato martedì 11 giugno alle ore 9 presso il centro fondo i Aisone il primo campo base di montagnaterapia. |
| GIUGNO |  | Savigliano, intitolate le sale parto al professor Cravarezza Inaugurata e intitolata a Francesco Cravarezza, giovedì 27 giugno la nuova sala parto ristrutturata con il contributo di un anonimo donatore, con il quale ha fatto da tramite l'associazione Amici dell'Ospedale di Savigliano. |
| LUGLIO |  | Da una prospettiva collaborativa a un'infrastruttura concreta- firmata la convenzione Wellgranda A un anno dall'avvio di WELLGRANDA Reti di Welfare – l'azione di sistema promossa dalla Fondazione CRC e realizzata in collaborazione con SocialFare Centro per l'Innovazione Sociale, con l'obiettivo di costruire un'infrastruttura permanente, fisica e virtuale, che supporti e accompagni azioni operative e strategiche di Welfare nel territorio della provincia di Cuneo |
| LUGLIO |  | All'Ospedale di Saluzzo un contributo dai Lions per un ecografo Lions Club della zona C1 del Distretto 1081a3 hanno consegnato formalmente al direttore generale dell'Asl CN1 un contributo a titolo di integrazione di uno stanziamento di Fondazione CRC di 10 mila euro per l'acquisto di un ecografo da destinare alla struttura complessa di Fisiopatologia Respiratoria. |

| | | |
|-----------|---|--|
| LUGLIO |  | <p>Nuovo osteodensitometro a Savigliano</p> <p>Un nuovo osteodensitometro presso la Radiologia dell'ospedale di Savigliano, utilizzato per la cosiddetta MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata), che è un esame di cui ci si avvale per valutare lo stato di salute delle ossa. Serve a determinare se la densità minerale si è ridotta e se è già comparsa l'osteoporosi.</p> |
| LUGLIO |  | <p>Un questionario per stabilire il fenomeno di discriminazione LGBT.</p> <p>La Medicina Interna di Mondovì, promotrice dell'ottica genere-specifica in medicina per ASL CN1, in collaborazione con Arcigay Grandaqueer, ha elaborato un questionario volto stabilire la rilevanza di questo fenomeno, mediante l'analisi qualitativa e quantitativa della discriminazione percepita. Invitiamo tutti alla compilazione del questionario, non solo le persone LGBT+: si tratta di un passo importante verso il raggiungimento di una reale inclusività ed equità di cura, principio nel quale ASL CN1 crede fortemente.</p> |
| LUGLIO |  | <p>Ospedale di Saluzzo: riprende l'attività di Dialisi</p> <p>Si sono riaperte le porte del nuovo servizio Dialisi dell'ospedale di Saluzzo con l'ampliamento a 12 posti letto per garantire cure sempre più di prossimità.</p> |
| AGOSTO |  | <p>Impianti di "pacemaker senza fili" all'Asl Cn1</p> <p>Presso il Presidio il Centro di Elettrofisiologia dell'ospedale di Mondovì, da alcuni mesi sono impiantati pacemaker (PC) senza elettrocatereteri su categorie selezionate di pazienti.</p> |
| SETTEMBRE |  | <p>Mobilità sostenibile: i dipendenti AslCn1 viaggeranno in BUS per le attività lavorative sul territorio</p> <p>Sono state consegnate oggi all'Asl Cn1 le Tessere BIP del trasporto pubblico locale, azione rientrante nel progetto di più ampio respiro dal titolo "Interventi straordinari 2024- 1 sostenibilità ambientale", finanziato dalla Fondazione CRC, per lo spostamento sul territorio degli operatori dell'azienda durante l'orario di lavoro.</p> |
| SETTEMBRE |  | <p>Savigliano, rinnovato l'ambulatorio di Neurofisiologia</p> <p>Un intero blocco di attrezzature (hardware e software) rinnovati e aggiornati che renderanno l'ambulatorio di neurofisiologia clinica della struttura di Neurologia dell'ospedale di Savigliano ancora più performante.</p> <p>Un rinnovo importante, reso possibile dal contributo della Fondazione della Cassa di risparmio di Cuneo</p> |

| | | |
|---------|---|--|
| OTTOBRE |  | <p>Curare in relazione un progetto per migliorare l'accoglienza di pazienti oncologici</p> <p>L'adesione al bando "Curare in relazione" della Fondazione della Cassa di Risparmio di Cuneo ha consentito all'Asl CN1 di sviluppare il progetto "Umanizzazione degli spazi e supporto psicologico" in Oncologia.</p> <p>In particolare, il progetto è stato condotto dalla struttura complessa Oncologia e dalla Struttura dipartimentale Psicologia e psicopatologia dello sviluppo ed è consistito sia in interventi di miglioramento e umanizzazione dei luoghi e dei percorsi di cura.</p> |
| OTTOBRE |  | <p>La Montagnaterapia che fa rete</p> <p>La sezione del CAI di Mondovì ha stipulato una convenzione con il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASLCN1, che sancisce ufficialmente una collaborazione ormai triennale nell'ambito dell'attività di Montagnaterapia con il Centro Diurno di Mondovì.</p> |
| OTTOBRE |  | <p>Riqualficati i locali del Consultorio di Saluzzo dal 17 ottobre nuovamente in Palazzina Inaudi</p> <p>A Saluzzo il Consultorio Familiare di Saluzzo torna nei locali del secondo piano della Palazzina Inaudi, a seguito dei lavori di consolidamento sismico e riqualificazione dell'intero immobile.</p> |
| OTTOBRE |  | <p>A Cuneo il primo campo base urbano di Montagnaterapia</p> <p>presso il parco "La Pinetina" di Cuneo (via vecchia di Borgo San Dalmazzo, angolo via Riberi) sarà inaugurato il primo campo base urbano di Montagnaterapia, con il montaggio di una Yurta, nell'ambito di un progetto che contempla la collaborazione dell'ASL CN1 e in particolare il Centro Diurno di Cuneo (Dipartimento di Salute Mentale)</p> |
| OTTOBRE |  | <p>S. Croce e CN1 insieme con il telestroke nella gestione dell'ictus</p> <p>Un passo importante di collaborazione, in condizioni di reciprocità, tra l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle e l'Asl CN1, che hanno aggiunto un tassello importante alla già attiva rete per la gestione dell'ictus, con la definizione di percorsi che prevedono l'accentramento presso un unico Centro - la Neurologia dell'Azienda Ospedaliera - l'attività di guardia neurologica notturna (con orario 20.00-8.00 per tutti i giorni della settimana).</p> |
| OTTOBRE |  | <p>Costituita la Fondazione ASSO a servizio degli ospedali di Mondovì e Ceva</p> <p>La nuova Fondazione ha coinvolto importanti realtà economiche, imprenditoriali e professionali che rappresentano la forza di una squadra coesa a servizio di tutto il territorio.</p> |

| | | |
|----------|---|--|
| OTTOBRE |  | <p>Inaugurata la stanza per ospitare le donne vittime di violenza allestita da "Mai+Sole"</p> <p>Una stanza protetta per ospitare donne vittime di violenza. E' stata inaugurata oggi presso l'ospedale di Savigliano al primo piano, nell'area Obi (Osservazione Breve Intensiva). La stanza è stata dedicata a Clotilde Faramia, una donna rimasta vedova a 21 nel corso della prima guerra mondiale, che si è sempre occupata delle donne vittime di violenza.</p> |
| NOVEMBRE |  | <p>Un contributo importante alla NPI di Fossano</p> <p>L'associazione La Favola di Marco, presieduta da Silvia Errico, ha donato al servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Asl CN1 sede di Fossano un importante contributo, destinato all'acquisto di materiale per la psicomotricità e per le attività riabilitative e diagnostiche di utilizzo comune a tutti i professionisti dell'ambulatorio. E' stato inoltre acquisito materiale di consumo utile per gli interventi quotidiani degli operatori.</p> |
| NOVEMBRE |  | <p>Evento</p> <p>In occasione della Giornata Mondiale del Diabete la struttura di diabetologia territoriale dell'Aslcn1 organizza il 16 novembre dalle ore 9 alle ore 12,30 un'iniziativa di prevenzione e screening nei diversi ambiti territoriali.</p> |
| NOVEMBRE |  | <p>Evento</p> <p>Le nuove frontiere dell'autismo in età evolutiva. Il 25 e 26 novembre a Vicoforte</p> <p>Autismo in età evolutiva. Individuazione e trattamento precoce, educazione, nuove tecnologie" è il tema del corso di formazione promosso dall'Asl CN1. Il corso ha presentato i principali modelli di trattamento per la presa in carico di bambini con disturbi dello spettro dell'autismo, facendo riferimento sia alla letteratura internazionale, sia alle esperienze nazionali in campo clinico e di ricerca.</p> |

3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Come descritto nel Piano della Performance 2024, contenuto nel PIAO e approvato con Deliberazione n. 25 del 29/01/2024, 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 nel Piano della Performance, è una mappa logica che rappresenta graficamente i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi. In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo e coerente, al mandato istituzionale ed alla missione. Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti. Gli obiettivi operativi sono dettagliati in schede operative in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate. È da sottolinearsi la ricerca che nel corso degli anni si è sempre di più affinata non solo nella definizione degli obiettivi, ma anche sulle loro misure e sui mezzi per conseguirli.

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

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

Infatti, costruire un "oggetto delicato", quale è un modello di valutazione, è importante avere chiare le sue finalità, ossia immaginare come esso possa contribuire a migliorare il funzionamento del sistema: le evidenze offerte dal modello di valutazione possono aiutare il management ad "ancorare" la necessaria interlocuzione con politica e professionisti a robusti elementi di razionalità aziendale. Infatti, i professionisti guardano i problemi attraverso le lenti della disciplina di appartenenza ed il management deve trovare il modo di assicurare il confronto tra le evidenze prodotte, che possano e debbano impattare direttamente sulle decisioni e, quindi, sul

funzionamento dell'Azienda, e il contributo che le evidenze possano offrire alla razionalizzazione di concreti processi decisionali. Ed inoltre, gli stessi dati potrebbero rappresentare un utile terreno di confronto fra il management aziendale e quello regionale.

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

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

Anche la Regione assegna obiettivi riguardanti il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni, l'accessibilità al pronto soccorso, la qualità delle cure 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 2024 è stato avviato da parte della Direzione Generale con la comunicazione Prot. 0149696 del 20/11/2023 e con la richiesta di far pervenire le proposte entro il 10 gennaio 2024. La programmazione 2024 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 12/03/2024 all'11/04/2024, 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.

Nel corso della riunione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari del 19/06/2024, la Direzione Generale ha illustrato la Relazione della Performance anno 2023.

Anche per l'anno 2024, 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'allocazione delle risorse nei vari ambiti di assistenza e identifica le modalità di soddisfazione dei bisogni e della domanda di servizi sanitari), sia nel momento della nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (e si chiamano per questo scopo "obiettivi di mandato") con validità triennale, sia annualmente come obiettivi specifici per le Direzioni Generali.

Con riferimento agli Obiettivi di mandato si fa riferimento Deliberazione 12-3294 del 28 maggio 2021 con cui la Giunta Regionale ha nominato il nuovo Direttore Generale e ha definito gli attuali obiettivi di nomina da perseguire nel corso del periodo di incarico. La nomina è stata recepita da questa Azienda con deliberazione n. 369 del giorno 11/06/2021.

Gli obiettivi assegnati sono stati i seguenti:

| Obiettivo di mandato | Descrizione | Relazionante |
|---|--|--|
| 1. Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda. | Gli Enti del SSR, in applicazione delle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative statali e regionali vigenti e delle risorse assegnate con DGR n. 31-877 del 23 dicembre 2019, sono tenuti ad assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale, sia in sede di adozione dei bilanci preventivi economici che in itinere nei conti economici trimestrali, nonché, in particolare, in sede di adozione del bilancio di esercizio aziendale a consuntivo, Per le Aziende territoriali l'obiettivo è previsto a livello di singolo presidio a gestione diretta (inserito nella rete di E/U). | S.C. BILANCIO E CONTABILITA' |
| 2. Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed interventi. | Alla luce della DGR n. 110-9017 del 16 maggio 2019, con la quale è stato recepito il PNGLA per il triennio 2019-2021, l'obiettivo si prefigge di misurare la capacità di risposta tempestiva dell'Azienda nell'erogare prestazioni ambulatoriali. | S.S. MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PRIVATO ACCREDITATO. |
| 3. Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale. | Dare attuazione all'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte – del Piano pandemico operativo Covid-19, sia territoriale che ospedaliero; i suoi punti cardine sono la revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie e per tutti gli attori coinvolti, l'individuazione delle misure da adottare per ogni fase e la definizione delle procedure di riferimento, nel presupposto di fornire risposte coordinate e sistemiche. | DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE. S.C. S.I.S.P. |
| 4. Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva | L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili. | S.C. FARMACIA OSPEDALIERA. |
| 5. Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line | | S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE. |
| 6. Trasparenza | Rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del D. Lgs. N. 171/2016. | S.C. AFFARI GENERALI. SS. SERVIZIO ISPETTIVO (in materia di trasparenza). |

Questi obiettivi sono stati oggetto di verifica di metà mandato attraverso la Relazione all'Assessorato Regionale che ha lo scopo di riferire i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati e definiti nel quadro della programmazione regionale. È quindi un documento di consuntivazione dell'attività svolta e di performance raggiunta che viene pubblicato sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente/Performance.

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

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

Successivamente, con Deliberazione della Giunta Regionale 27 maggio 2024, n. 70-8685 ad oggetto *"Aziende Sanitarie Regionali, incarichi di direzione generale. Proroghe e commissariamenti al 31/12/2024"*, la Regione Piemonte ha prorogato il mandato del Direttore Generale, Dott. Giuseppe Guerra, alla data del 31/12/2024.

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali la programmazione regionale 2024 si è sviluppata con la D.G.R. n. 7-8279 del 11/03/2024, che ha individuato gli obiettivi così suddivisi e strutturati:

1. GOVERNO DEI FATTORI PRODUTTIVI

| | |
|-----|---|
| 1.1 | Bilancio |
| 1.2 | Appropriatezza prescrittiva: immunoglobuline |
| 1.3 | Appropriatezza prescrittiva: ossigeno |
| 1.4 | Appropriatezza prescrittiva: acquisti diretti |
| 1.5 | Allineamento registri aifa e flussi |
| 1.6 | Politiche di gestione delle risorse umane |

2. EDILIZIA SANITARIA:

| | |
|-----|--|
| 2.1 | Attuazione interventi della programmazione regionale e nazionale |
|-----|--|

3. SANITA' DIGITALE:

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 3.1 | Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 |
|-----|-------------------------------------|

4. QUALITA':

| | |
|-----|---|
| 4.1 | Tempi di attesa. Flusso CUP e Flusso C |
| 4.2 | Tempi di attesa e recupero produzione |
| 4.3 | Recupero mobilità passiva |
| 4.4 | Monitoraggio e garanzia LEA – Sistema NSG |
| 4.5 | Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi |
| 4.6 | Donazioni d'organo |
| 4.7 | Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente |

5. PREVENZIONE

| | |
|-----|--|
| 5.1 | Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici |
| 5.2 | Contrasto all'antimicrobico resistenza |

6. OBIETTIVI AZIENDA ZERO E ASR

| | |
|-----|---|
| 6.1 | Assistenza domiciliare |
| 6.2 | Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding |

7. OBIETTIVI AZIENDA ZERO E REGINA MARGHERITA

| | |
|-----|---|
| 7.1 | Attuazione e costituzione nuova azienda ospedaliera |
|-----|---|

I risultati ottenuti sono stati evidenziati nella “Relazione socio sanitaria aziendale per l’anno 2024”, approvata con deliberazione n. 89 del 25/02/2025; 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 2024, sezione del PIAO 2024).

Anche per il 2024, 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 i seguenti:

| DESCRIZIONE | N. STRUTTURE COINVOLTE | RELAZIONANTI |
|---|------------------------|---|
| RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'AO SANTA CROCE E CARLE | 6 | AO S. Croce e Carle |
| RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'ASL CN2 | 1 | ASL CN2 |
| AZIENDA ZERO_FORMAZIONE | 1 | Azienda Zero |
| AZIENDA ZERO_PIANO FERIE | 1 | |
| APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI PROTESICA | 1 | Coordinamento Area Territoriale |
| MANUTENZIONE ESTERNALIZZATA AUSILI PROTESICA | 1 | |
| VIGILANZA STRUTTURE | 1 | |
| ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE - PAISA | 5 | Dipartimento di Prevenzione/S.S.D. Direzione Amministrativa Prevenzione |
| ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE - PLP | 20 | |
| BACK OFFICE AMMINISTRATIVO DI SICUREZZA ALIMENTARE - MODELLO ORGANIZZATIVO INTEGRATO | 5 | |
| CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA DEGLI STATI INVALIDANTI | 1 | |
| FORMAZIONE RADIOPROTEZIONE | 1 | |
| INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI | 7 | |
| INTEGRAZIONE SERVIZI VETERINARI | 4 | |
| PROGETTO PILOTA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE DEI CONTROLLI UFFICIALI (CU) SVOLTI DAI SERVIZI DI SICUREZZA ALIMENTARE | 6 | |
| RADON | 1 | |
| COMPLETAMENTO ACQUISIZIONE E OPERATIVITA' EMT2 ITA REGIONE PIEMONTE | 1 | Dipartimento Emergenza Urgenza |
| ELABORAZIONE PROFILI DI ESAMI EMATOCHIMICI PER I PAZIENTI RICOVERATI IN RIANIMAZIONE | 2 | |
| ESTENSIONE ATTIVITA' ANTALGICA DI AGOPUNTURA SULLA SEDE DI SAVIGLIANO | 1 | |
| FOLLOW UP CONGRUITA' DEI TRASPORTI SECONDARI INTEROSPEDALIERI CON COMPARAZIONE TRA SCHEDA DI EHRENWERTH DEL MEDICO TRASFERENTE E SCHEDA MISSIONE MEDICO AMBULANZA 118 | 1 | |
| REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO | 7 | |
| REVISIONE PROCEDURA EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA | 2 | |
| STESURA PROCEDURE IN AMBITO DEU | 3 | |
| STESURA PROTOCOLLO DI ANALGESIA POSTOPERATORIA | 2 | |
| IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE OSPEDALE-TERRITORIO NEL PERCORSO NASCITA | 6 | Dipartimento Interaziendale Materno Infantile |
| PERCORSI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE | 1 | |

| | | |
|--|-----|---|
| TELEMEDICINA | 1 | |
| UNIFICAZIONE INTRAZIENDALE DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI UROGINECOLOGIA | 2 | |
| EFFICIENTAMENTO E COMPLETAMENTO UTILIZZO PROCEDURA CARTELLA AMBULATORIALE ONCOLOGICA | 2 | Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo |
| PDTA TRATTAMENTO INCONTINENZA FECALE | 12 | |
| TELERIABILITAZIONE | 1 | |
| ATTIVAZIONE AMBULATORIO MULTISPECIALISTICO ENDOCRINOLOGICO-REUMATOLOGICO | 2 | Dipartimento Medico Specialistico |
| GESTIONE E TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DELLE FAV PER EMODIALISI | 2 | |
| IMPLEMENTAZIONE PRESTAZIONI TELECONSULENZA/TELEREFERTAZIONE TRA PPOO DELL'ASL CN1 | 2 | |
| COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE DALLA REGIONE PIEMONTE | 101 | Direzione Generale (sulla base dei documenti prodotti dai soggetti relazionanti individuati) |
| STANDARDIZZAZIONE PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD NEI DISTRETTI | 6 | Direzione Sanitaria |
| AUDIT FINALIZZATO ALLA VERIFICA DELL'EFFETTIVA ATTUAZIONE DELLA MAPPATURA DEI PROCESSI/SOTTO- PROCESSI IN AMBITO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE O MALA AMMINISTRAZIONE | 6 | S.C. Affari Generali e Controlli Interni |
| CONTROLLO SUCCESSIVO DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVA DELLE DETERMINAZIONI AZIENDALI | 1 | |
| FASCICOLAZIONE DOCUMENTI INFORMATICI SU GISMASTER | 51 | |
| ADOZIONE NUOVO MODELLO PAGO PA | 1 | S.C. Bilancio e Contabilità |
| BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE | 22 | |
| CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO | 21 | |
| APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI | 1 | S.C. Farmacia Ospedaliera |
| APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI IN REUMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA E DERMATOLOGIA | 1 | |
| TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI UTILIZZATI | 2 | |
| TRATTAMENTO DELL'ASMA EOSINOFILO E DELLA CRSWNP NEI PAZIENTI ADULTI - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI | 3 | |
| TRATTAMENTO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI | 3 | |

| | | |
|--|----|--|
| VERIFICA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - MONITORAGGIO AIFA | 1 | |
| PROGETTO CONSERVAZIONE CHIAVI IN PORTINERIA SU TUTTI I PP.OO | 4 | S.C. Logistica e DAPO |
| PROGETTO STESURA MANUALI OPERATIVI POOL AMMINISTRATIVO MONDOVI'-CEVA | 1 | |
| COLLABORAZIONE COMMISSIONE TECNICA PER REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE | 2 | S.C. Servizio Tecnico |
| PIANIFICAZIONE INTEGRATA_GESTIONE PIAO | 1 | S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi |
| CONTENIMENTO DELLA SPESA (NOTA REGIONALE PROT. 163416 DEL 19/12/2023) - DISPOSITIVI MEDICI | 4 | S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche |
| INTERVENTI VOLTI AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E PROTESICA | 15 | |
| MONITORAGGIO DELLA SCHEDA "RISORSE ATTIVITÀ" | 63 | |
| PRESTAZIONI EXTRA-LEA | 9 | S.S. Direzione Amministrativa Territoriale |
| RIORGANIZZAZIONE FUNZIONI AMMINISTRATIVE IN CAPO AL DIT PER LE STRUTTURE AFFERENTI AL COORDINAMENTO TERRITORIALE | 1 | |
| MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE EX POST DELLE RICHIESTE DI PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI IN CLASSE B IN BASE AI CRITERI RAO AGENAS | 5 | S.S. Gestione Front Office |
| FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE | 21 | S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica con collaborazione Dir. Sanitaria PP.OO. Savigliano e Mondovì |
| FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS | 31 | |
| FIRMA DIGITALE_SERVIZI | 4 | |
| ATTIVITA' DI PROCUREMENT DI TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO DA DONATORE VIVENTE | 2 | S.S. Medicina Trasfusionale ASL CN1 |
| ATTUAZIONE PDTA PAZIENTE CON POLIGLOBULIA SECONDARIA | 1 | |
| PATIENT BLOOD MANAGEMENT | 5 | |
| PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DI PAZIENTI ONCOLOGICI | 1 | S.S.D. Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo |
| PROCEDURA RICONOSCIMENTO PRECOCE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO | 1 | |
| GREEN OPERATING ROOM | 14 | SS.CC. Direzioni Sanitarie PP.OO Savigliano e Mondovì |
| TELECONSULTO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI | 6 | S.S.D. Tutela Salute Ambito Penitenziario |

In data 13/09/2024 la S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi ha trasmesso una comunicazione, in primis, a tutti i Relazionanti nella quale si informava che la Verifica Infrannuale ha avuto un trend positivo, evidenziando lievi criticità.

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



3.2 Valutazione finale degli obiettivi strategici

Nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'ASL CN1, l'Azienda ha descritto le modalità ed il Ciclo di valutazione sia della performance organizzativa sia della performance individuale.

Per quanto riguarda la **performance organizzativa**, lo strumento di valutazione si basa sul raggiungimento degli obiettivi presenti sulla scheda di budget, per cui fatto 100 il complessivo, ogni obiettivo viene pesato in percentuale, in fase di definizione degli obiettivi stessi. In fase di valutazione poi il raggiungimento di ogni obiettivo viene misurato percentualmente e conseguentemente poi parametrizzato rispetto al peso dell'obiettivo sul totale.

Per realizzare tale strutturazione si utilizza il sistema di graduazione di 4 livelli di raggiungimento degli obiettivi (pienamente raggiunto, sostanzialmente raggiunto, parzialmente raggiunto, non raggiunto). La documentazione dei "Responsabili aziendali", che elaborano a consuntivo una relazione dettagliata sul risultato ottenuto da ciascuna struttura aziendale in merito agli obiettivi assegnati, viene processata ed inserita in una apposita procedura informatica dalla Struttura Tecnica di Supporto all'OIV, che diventa la base per l'istruttoria per la valutazione finale degli obiettivi specifici (contenuti nelle schede di budget) da parte dell'OIV.

In dettaglio, sulla base delle proposte di raggiungimento di ciascun obiettivo formulate dal Responsabile aziendale, l'OIV ne ha determinato il valore definitivo; ciascuna valutazione percentuale è poi confluita nel complesso della media pesata (peso obiettivo nella scheda rispetto al peso del risultato dell'obiettivo, sommato per tutta la scheda) della scheda di ogni struttura.

Il collegamento tra la media pesata della scheda di budget (che definisce la percentuale globale di raggiungimento degli obiettivi in essa contenuti) ed il pagamento della quota di risultato (sistema incentivante), si attua sulla base delle fasce di strutturazione della performance organizzativa, nell'ambito delle quali per ciascuna fascia percentuale di raggiungimento globale degli obiettivi (media pesata) corrisponde una fascia percentuale di retribuzione di risultato spettante, secondo il seguente schema riportato nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance:

| Fasce di strutturazione della performance organizzativa | % raggiungimento obiettivi (intesa come media ponderata tra tutti gli obiettivi) | % retribuzione di risultato spettante |
|---|--|---------------------------------------|
| Non raggiunto | < 60% | 0% |
| Parzialmente raggiunto | Tra 60 e 70% | 70% |
| | >70 e fino a 80% | 80% |
| | >80 e fino a 85% | 85% |
| | >85 e fino a 90% | 90% |
| | >90 e fino a 95% | 95% |
| Sostanzialmente raggiunto | >95 e <100% | 100% |
| Pienamente raggiunto | 100% | 100% |

La valutazione finale viene quindi trasmessa dall'OIV alla Direzione Generale che la recepisce tramite un provvedimento deliberativo (delibera aziendale n. 134 del 01/04/2025) 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 2024, è necessario fornire alcune indicazioni generali, sia di tipo metodologico sia di tipo gestionale, relative alla valutazione della performance organizzativa del 2024.

Tali riflessioni sono state condivise con l'OIV nelle riunioni propedeutiche alla valutazione degli obiettivi 2024, che si sono tenute in data 14/03/2025 e in data 24/03/2025.

Dal punto di vista **metodologico**, la valutazione dell'anno 2024 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 2024 – Obiettivi per Struttura".

Obiettivi pienamente raggiunti

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

In particolare sull'obiettivo relativo alla **"Firma digitale ambulatoriale, firma digitale ricoveri/PS e firma digitale servizi"**, nato dall'esigenza di alimentare il FSE in coerenza con le indicazioni regionali; nella verifica infrannuale uno dei motivi di carenza firma sull'ambulatoriale era dovuto al fatto che molte prestazioni erano da parte del personale del comparto, per lo più sprovvisto di firma digitale, quindi con presenza della prestazione ma referto non firmato digitalmente. Tutto ciò ha evidenziato la perdita delle prestazioni con firma digitale. Da settembre sono state consegnate le firma al personale sprovvisto per evitare la perdita delle prestazioni.

A inizio gennaio, il Responsabile della S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica è stato invitato a fare la verifica annuale; in data 25 febbraio ha fornito alla struttura S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi una tabella che evidenziava criticità sui calcoli per l'intervento di diversi parametri da considerare. Si è riferita la situazione al Direttore Generale che con nota prot. 33453 del 12/03/2025 ha comunicato che *"la S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica ha prodotto le statistiche di rapporto referti con firme rispetto alla totalità dei referti, con dati che non consentono un confronto omogeneo tra le diverse categorie di referto prodotti: è emerso infatti che viene conteggiato a denominatore sia il totale dei referti sia in alternativa le ricette (che non sempre originano un referto con un rapporto uno a uno)."*

L'analisi successiva, effettuata dalla Scrivente Direzione con i Responsabili delle Strutture Sanitarie, ha evidenziato criticità nei conteggi delle prestazioni (ad es. quelle domiciliari, quelle in libera professione, quelle effettuate da personale non provvisto di firma, ...) che giustificano le percentuali diverse dal target dell'obiettivo.

Peraltro, lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte.

Alla luce delle precedenti considerazioni la Direzione Generale considera l'obiettivo pienamente raggiunto per tutte le Strutture".

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%:

- Obiettivo **"Adozione nuovo modello pagoPA"**: il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità ha dato

l'Obiettivo alla S.S. Innovazione e Sicurezza informatica e ritiene che l'obiettivo non sia stato pienamente raggiunto, pur giustificandone le difficoltà dovute al passaggio ad AMCO e alla nuova cartella clinica elettronica;

- Obiettivo **"Appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici utilizzati in reumatologia, gastroenterologie e dermatologia"**: obiettivo non pienamente raggiunto da una Struttura e relazionato dal Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera;
- Obiettivo **"Caricamento costi certi e presunti, autorizzazione al pagamento dei documenti, valorizzazione delle motivazioni per la sospensione dei termini di pagamento"**: obiettivo raggiunto al 99,5 % da n. 12 strutture: la S.C. Bilancio e Contabilità nella sua relazione ha riferito il risultato della prima parte dell'anno pari al 99% e quello della seconda parte dell'anno pari al 100%, procedendo ad una media dei due valori;
- Obiettivo **"Monitoraggio della scheda Risorse/Attività"**: obiettivo non raggiunto da tre strutture, S.C. Ginecologie e Ostetricia Savigliano e le 2 Radiologie di Savigliano e Mondovì e la Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche ha trasmesso alla S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi, incaricata di raccogliere tutte le relazioni, le note di spiegazione, con le motivazioni dettagliate riportate nel verbale analitico;
- Obiettivo **"Progetto conservazione chiavi in portineria su tutti i PP.OO"**: obiettivo non pienamente raggiunto da n. 2 strutture perché non tutte le chiavi sono state consegnate su alcune sedi.

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.

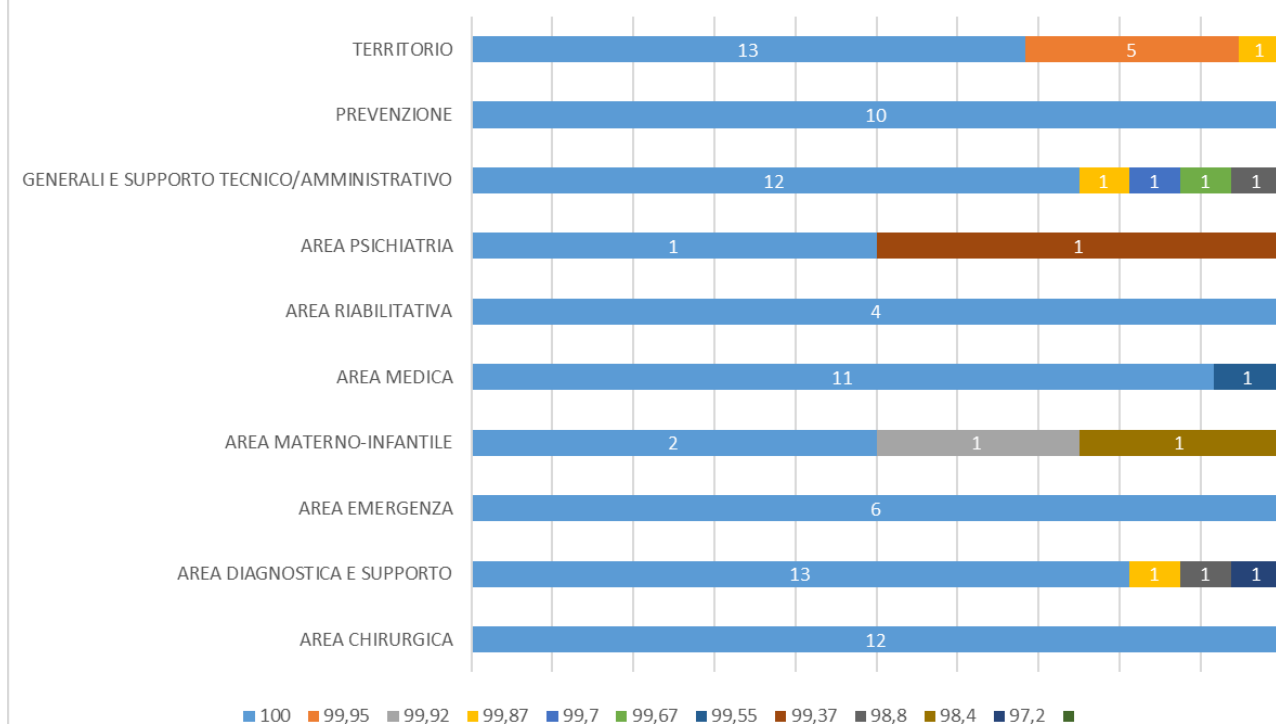
I grafici dei risultati della performance organizzativa

Nei grafici seguenti vengono rappresentati i risultati complessivi conseguiti dalle schede di budget delle Strutture aziendali nell'anno 2024, 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 2024, sono state 101.

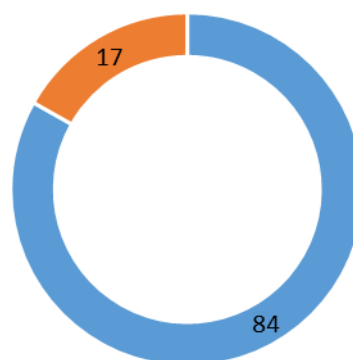
Si rappresenta innanzitutto la percentuale di raggiungimento delle Strutture (riferita alle schede di budget), analizzandola per livello di assistenza o area funzioni:

Obiettivi 2024: Raggiungimento percentuale, suddiviso per area funzioni



RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI STRUTTURE SUDDIVISI PER FASCE

- PIENAMENTE RAGGIUNTO (100%)
- SOSTANZIALMENTE RAGGIUNTO (>95% e <100%)
- PARZIALMENTE RAGGIUNTO (>60% e >95%)
- NON RAGGIUNTO (<60%)



Di seguito si rendiconta a consuntivo il risultato ottenuto da ciascuno degli obiettivi descrivendone il contenuto, il risultato atteso e il numero delle strutture alle quali è stato assegnato. Nell'assegnazione a cascata degli obiettivi aziendali con suddivisione nelle singole schede di budget degli obiettivi strategici sono state riportate le valutazioni finali effettuate dai relazionanti

aziendali sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali nonché dalla documentazione fornita dai responsabili di Struttura. Si ricorda che il risultato conseguito dalle singole strutture su ciascun obiettivo è consultabile nei documenti "Verifica Finale Budget 2024 – 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 Obiettivi pienamente/sostanzialmente raggiunti

La tabella seguente riporta in modo sintetico gli obiettivi aziendali con l'indicazione del numero delle strutture alle quali è stato assegnato.

| Area: PROCESSI – Dimensione: APPROPRIATEZZA | | | | |
|---|---|------------------|------|----------------|
| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% |
| INTERVENTI VOLTI AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - PRESTAZIONI E PROTESICA | Nei quattro Distretti Asl sono stati effettuati incontri con medici specialisti e medici di medicina generale in merito alle maggiori criticità in tema di appropriatezza prescrittiva durante i quali sono state analizzate le prestazioni segnalate dalle strutture individuate e dalle direzioni sanitarie. Tali incontri sono stati verbalizzati nelle riunioni UMAD ed i verbali sono agli atti dei singoli Distretti. | 15 | 1 | - |
| VIGILANZA STRUTTURE | Nel periodo gennaio-dicembre 2024 la Commissione di Vigilanza sulle Strutture Socio Assistenziali ha effettuato almeno una verifica, mediante sopralluoghi o relazioni relative a visite in loco, a 78 strutture per anziani su 105 autorizzate, raggiungendo il 100% dell'obiettivo fissato (almeno 53 sopralluoghi pari al 50% del totale autorizzato) ed a 32 strutture per disabili su 54 autorizzate, raggiungendo il 100% dell'obiettivo fissato (almeno 27 sopralluoghi pari al 50% del totale autorizzato). | 1 | 1 | - |
| APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONI PROTESICA | L'analisi dell'appropriatezza è stata condotta con cadenza trimestrale attraverso la reportistica messa a disposizione dall'applicativo regionale PADDI dal quale si conferma l'andamento medio di spesa pro-capite relativa all'assistenza integrativa/protesica | 1 | 1 | - |
| MANUTENZIONE ESTERNALIZZATA AUSILI PROTESICA | Nel corso del 2024 è proseguita l'attività di supervisione e monitoraggio relativa ai ritiri e alle procedure di sanificazione e manutenzione degli ausili protesici. Non sono state rilevate criticità, i controlli a campione effettuati sugli ausili consegnati hanno confermato la consueta qualità complessiva dei lavori eseguiti. | 1 | 1 | - |

| | | | | |
|--|--|----------|----------|----------|
| APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI - REUMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, DERMATOLOGIA | La percentuale rilevata a fine 2024 di pazienti naive avviati a una prima linea di trattamento con anti-TNF alfa si è fermata al 61%. L'utilizzo di molecole diverse da quella aggiudicata in gara a minor costo rilevata nel 39% dei pazienti che non avevano mai ricevuto una terapia con farmaco biologico, è stato giustificato come richiesto dall'obiettivo nell'ambito degli audit multidisciplinari, che hanno evidenziato nella totalità dei casi quadri clinici complessi fin dall'esordio, oppure specifiche controindicazioni all'uso dei biologici anti-TNFalfa. Gli audit si sono svolti secondo le tempistiche previste dall'obiettivo. Si è registrata la partecipazione di tutti i clinici prescrittori coinvolti, a cui sono stati presentati gli aggiornamenti al report di presentazione dei costi delle terapie biologiche disponibili in gara SCR già presentato nel corso del primo semestre. Gli audit si sono ancora una volta confermati una valida occasione di incontro tra clinici e farmacisti per rivalutare complessivamente e in modo multidisciplinare il processo di prescrizione ed erogazione del farmaco nell'ottica di ottimizzare sia l'efficacia per il paziente che l'appropriatezza della prescrizione anche in termini di allocazione razionale delle risorse. L'obiettivo risulta pertanto sostanzialmente raggiunto. | 1 | - | 1 |
| APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI | Anche la verifica annuale finale non ha evidenziato incongruenze rispetto a quanto previsto dall'obiettivo e in particolare i biosimilari oncologici sono stati utilizzati: a) nel 100% dei pazienti naive b) nel 100% dei pazienti già in terapia, che sono stati shiftati all'aggiudicatario di gara. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto. | 1 | 1 | - |
| TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI UTILIZZATI | Entrambi i report sono stati redatti e presentati entro le tempistiche previste dall'obiettivo. E' stata compilata la scheda condivisa per tutti i pazienti che hanno effettuato uno shift a un DMD di seconda linea ad alto costo e per tutti i pazienti che hanno iniziato da subito il trattamento con un farmaco di seconda linea. Anche per quanto riguarda il secondo semestre non sono stati evidenziati casi di pazienti intolleranti/non responder, pertanto non sono state effettuate segnalazioni di farmacovigilanza. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto. | 2 | 2 | - |
| TRATTAMENTO DELL'ASMA EOSINOFILO E DELLA CRSWNP NEI PAZIENTI ADULTI - APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI | Entrambi gli audit sono stati organizzati e svolti entro le tempistiche previste dall'obiettivo. Gli audit si sono ancora una volta confermati una valida occasione di incontro tra clinici e farmacisti per rivalutare complessivamente e in modo multidisciplinare il processo di prescrizione ed erogazione del farmaco nell'ottica di ottimizzare sia l'efficacia per il paziente che l'appropriatezza della prescrizione anche in termini di allocazione razionale delle risorse. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto. | 3 | 3 | - |
| TRATTAMENTO DELL'IPERCOLESTEROLEMIA – APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI BIOTECNOLOGICI UTILIZZATI | Entrambi gli audit sono stati organizzati e svolti entro le tempistiche previste dall'obiettivo. Gli audit si sono ancora una volta confermati una valida occasione di incontro tra clinici e farmacisti per rivalutare complessivamente e in modo multidisciplinare il processo di prescrizione ed erogazione del farmaco nell'ottica di ottimizzare sia l'efficacia per il paziente che l'appropriatezza della prescrizione anche in termini di allocazione razionale delle risorse. Dai report elaborati dalla S.C. Farmacia Ospedaliera sono stati evidenziati in totale 6 pazienti di età superiore a 80 anni ancora in trattamento con un iPCSK9. Per i sei casi sono state redatte brevi ma esaustive relazioni cliniche. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto. | 3 | 3 | - |
| VERIFICA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA - MONITORAGGIO AIFA | A fine anno 2024 non si sono rilevate criticità né ritardi nella compilazione dei registri AIFA. L'obiettivo risulta pertanto pienamente raggiunto. | 1 | | |

Area: PROCESSI – Dimensione: EFFICIENZA

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% |
|---|--|------------------|------------|-------------------|
| COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE GENERALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI ASSEGNATI AL DIRETTORE GENERALE DALLA REGIONE PIEMONTE | <p>La Direzione Generale, ha osservato che tale obiettivo trova riscontro applicativo in specifici obiettivi già presenti sulla scheda di budget (quali ad es. scheda Risorse e Attività, appropriatezza prescrittiva farmaci biotecnologici, attuazione e il rispetto dei programmi regionali di Prevenzione) e pertanto vengono valutati i singoli obiettivi nel loro raggiungimento.</p> <p>Per l'anno 2024 la nostra Direzione ha voluto porre maggiore attenzione sugli obiettivi della Regione Piemonte e, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI; - donazione d'organo; - monitoraggio del NSG; - programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente; - tempi di attesa e recupero della produzione e della mobilità passiva; - miglioramento e gestione del boarding; - attuazione interventi programmazione regionale e nazionale attraverso l'obiettivo della collaborazione con la commissione tecnica per la realizzazione del nuovo Ospedale di Savigliano. <p>Tutte le strutture hanno collaborato per il raggiungimento dell'obiettivo aziendale per cui si considera positivamente il raggiungimento dell'obiettivo di budget.</p> | 101 | 101 | - |
| CONTROLLO SUCCESSIVO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA DELLE DETERMINAZIONI AZIENDALI | <p>I controlli dei provvedimenti individuati, in totale 67, che si sono conclusi entro fine anno. Di tale attività è stato redatto apposito verbale, acquisito al protocollo aziendale al n. 171324 del 30/12/2024, trasmesso alla Direzione Amministrativa e al Collegio Sindacale allegato alle schede relative a ciascun provvedimento esaminato.</p> <p>L'obiettivo risulta, pertanto, pienamente raggiungimento.</p> | 1 | 1 | - |
| FIRMA DIGITALE_SERVIZI | Lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. | 4 | 4 | |
| FIRMA DIGITALE_RICOVERI/PS | Lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. | 31 | 31 | |
| FIRMA DIGITALE_AMBULATORIALE | Lo scopo dell'obiettivo era quello di consentire la piena e puntuale aderenza all'obiettivo regionale di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e a livello aziendale l'obiettivo è stato raggiunto nelle percentuali richieste dalla Regione Piemonte. | 21 | 21 | |
| FASCICOLAZIONE DOCUMENTI INFORMATICI SU GISMASTER | Le Strutture coinvolte nell'obiettivo hanno predisposto un piano di fascicolazione per organizzare e rendere condivisibili i documenti informatici (in partenza, in arrivo ed interni) a tutti gli attori del procedimento amministrativo. La percentuale di fascicolazione dei documenti, al 31/12/2024 è > al 90%. | 51 | 51 | - |
| PROGETTO CONSERVAZIONE CHIAVI IN PORTINERIA SU TUTTI I PP.OO | La creazione di un punto di stoccaggio presso il locale portineria in ognuno dei 5 Presidi Ospedalieri (Savigliano, Saluzzo, Fossano, Mondovì e Ceva) affinché si possa accedere in caso di emergenza (allarme incendio – emergenze strutturali/funzionali) in tutti locali è ancora in fase di ultimazione presso il Presidio Ospedaliero di Saluzzo. | 4 | 2 | 2 |
| MONITORAGGIO SCHEDA "RISORSE/ATTIVITÀ" | L'indicatore è stato raggiunto da quasi tutte le Strutture secondo le percentuali individuate. Permangono alcune criticità sulla S.C. Ostetricia e Ginecologia di Savigliano relativo al numero di medici rispetto al numero di visite ed al calo delle nascite. Anche le S.C. Radiologia Savigliano e la S.C. Radiologia Mondovì risentono della richiesta di aumenti visite proporzionato alla carenza del personale medico. | 63 | 60 | 3 |

Area: PROCESSI – Dimensione: INNOVAZIONE

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% | < 90% e > 80% |
|---|---|------------------|------|-------------------|------------------|
| PROGETTO PILOTA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE DEI CONTROLLI UFFICIALI (CU) SVOLTI DAI SERVIZI DI SICUREZZA ALIMENTARE | Il progetto si è articolato in diverse fasi, con i seguenti risultati: a) è stato predisposto un template di verbale ex art.13 reg.UE 625/17, in formato editabile, sono stati analizzati gli aspetti giuridici dell'apposizione delle firme grafica e digitale, sono stati realizzati automatismi di inserimento del verbale in Gismaster e reattiva classificazione e fascicolazione b) il materiale (laptop) è stato acquistato con fondi PNC dedicati c) la sperimentazione è stata condotta per un totale di 20 verbali attraverso l'utilizzo di materiale provvisorio (i nuovi laptop acquistati saranno disponibili nei primi mesi del 2025). | 6 | 6 | - | - |
| GREEN OPERATING ROOM | Il Green Team multispecialistico è stato istituito in data 13/06/2024 ed ha effettuato, nel corso del 2024, n. 3 riunioni (03/04/2024, 13/06/2024 e 03/12/2024). L'obiettivo è stato pienamente raggiunto. | 14 | 6 | - | - |
| GESTIONE E TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DELLE FAV PER EMODIALISI | I Direttori della SC Cardiologia di Savigliano e SC Nefrologia e Dialisi, hanno completato la stesura del percorso operativo ASLCN1 per la gestione ed il trattamento percutaneo delle complicanze delle FAV per Emodialisi entro il 30/09/2024. | 2 | 2 | - | - |
| ATTIVAZIONE AMBULATORIO MULTISPECIALISTICO ENDOCRINOLOGICO-REUMATOLOGICO | L'Ambulatorio multidisciplinare endocrino/reumatologico è stato attivato il 17/04/2024 presso le sedi di Saluzzo e Mondovì (come da verifica infrannuale) e al 31/12/2024 sono stati presi in carico e valutati 15 pazienti. Alla data del 7/02/2025 è emerso che i pazienti presi in carico sono 7 sul Presidio Ospedaliero di Mondovì e 16 sul Presidio Ospedaliero di Saluzzo per un totale di 23 pazienti per l'anno 2024 a fronte del target dell'obiettivo che ne prevedeva 10. | 2 | 2 | - | - |
| COMPLETAMENTO ACQUISIZIONE E OPERATIVITA' EMT2 ITA REGIONE PIEMONTE | In data 16/08/2024 è stata acquisita l'Operatività EMT2 ITA Regione Piemonte completata. Trasmessa nota con oggetto "Ripristino operatività EMT2 ITA Regione Piemonte" | 1 | 1 | - | - |
| ELABORAZIONE PROFILI DI ESAMI EMATOCHIMICI PER I PAZIENTI RICOVERATI IN RIANIMAZIONE | In data 13.11.24 la scheda "Profili di esami ematochimici per i pazienti ricoverati in Rianimazione" è stata validata e messa in uso in entrambe le Rianimazioni. | 2 | 2 | - | - |
| ESTENSIONE ATTIVITA' ANTALGICA DI AGOPUNTURA SULLA SEDE DI SAVIGLIANO | L'attività di agopuntura ha avuto inizio, sulla sede di Savigliano, dal 26 febbraio 2024 con un ambulatorio di 6 ore settimanali. | 1 | 1 | - | - |
| REVISIONE PROCEDURA EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA | Revisione della PSDSP019 GESTIONE CARRELLO DELLE EMERGENZE, in particolare integrazione nella procedura della revisione del carrello di emergenza (MODDSP068 CHECK LIST CARRELLO DI EMERGENZA) completata quest'ultima nel mese di aprile 2024 e pertanto già pubblicata sulla intranet aziendale. | 2 | 2 | - | - |
| STESURA PROCEDURE IN AMBITO DEU | Tutte le procedure in ambito DEU sono state redatte nei termini previsti. | 3 | 3 | - | - |
| STESURA PROTOCOLLO DI ANALGESIA POSTOPERATORIA | Il protocollo per la gestione del dolore postoperatorio mirato all'ottimizzazione terapeutica e all'applicazione nel percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nelle diverse specialità chirurgiche è stato redatto in data 13/11/2024. | 2 | 2 | - | - |
| ATTIVITA' DI PROCUREMENT DI TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO DA DONATORE VIVENTE | L'attività di selezione del donatore vivente, ha registrato n. 68 prelievi di tessuto muscolo scheletrico (epifisi femorale) ed invio alla Banca dei Tessuti della Regione Piemonte e della Valle d'Aosta del Presidio Ospedaliero CTO-AOU Città della Salute e della Scienza di Torino a fronte di un target > di 20. | 2 | 2 | - | - |

| | | | | | |
|--|---|----------|----------|---|----------|
| ATTUAZIONE PDTA PAZIENTE CON POLIGLOBULIA SECONDARIA | Stesura ed applicazione PDTA interaziendale in collaborazione con la SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale AO S. Croce per la gestione del paziente con poliglobulia secondaria nei tempi stabiliti. | 1 | 1 | - | - |
| PATIENT BLOOD MANAGEMENT | Ottimizzazione del Progetto di Patient Blood Management con valutazione e correzione dell'anemia e/o del deficit marziale pre-operatorio per il paziente candidato ad interventi chirurgici ed urologici con previsione di necessità trasfusionale. Stesura del protocollo al 30/06/2024 e arruolamento dei pazienti a partire da luglio 2024. | 5 | 5 | - | - |
| ADOZIONE NUOVO MODELLO PAGO PA | I problemi tecnici di abbinamento sono stati ridotti ad un valore inferiore all'uno per cento (0,45% nell'ultimo trimestre 2024); occorrono ancora attività di abbinamento svolte dai tecnici, a posteriori, per gli errori residui. Il passaggio alle API asincrone non è ancora avvenuto per problemi relativi alla piattaforma nazionale PagoPA, non imputabili al CED aziendale. Non svolta la verifica intermedia sull'attestazione delle spese al sistema TS. | 1 | - | - | 1 |
| PROCEDURA RICONOSCIMENTO PRECOCE DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO | Stesura della procedura per il supporto psicologico e psicoterapico per pazienti oncologici, sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero (Savigliano e Mondovì). "PSdsm012 Supporto psicologico e psicoterapico per pazienti oncologici adulti". | 1 | 1 | | |
| PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO PSICOLOGICA DI PAZIENTI ONCOLOGICI | Stesura della procedura per l'individuazione precoce di bambini (fratellini di bambini con autismo) a rischio per disturbi del neurosviluppo. "PSDSM011 Procedura per il riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico: percorso di sorveglianza fratellini di bambini con autismo" | 1 | 1 | - | - |

Area: PROCESSI – Dimensione: INTEGRAZIONE COORDINAMENTO

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% |
|---|---|------------------|----------|----------------|
| RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'ASL CN2. | Comunicazione del 08/8/2024 (Prot. 37828 del 20/03/2025) con cui l'OIV dell'ASL CN2 comunica la valutazione positiva obiettivi budget 2024 con pieno raggiungimento degli obiettivi assegnati | 1 | 1 | - |
| RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA DIREZIONE GENERALE DELL'AO S. CROCE E CARLE. | Comunicazione del 25/03/2024, (Prot. 38607 del 21/03/2025) con cui la S.S. Controllo di Gestione - Struttura di supporto all'OIV del S. Croce - ha comunicato le risultanze dell'obiettivo. | 6 | 6 | - |
| INTEGRAZIONE SERVIZI MEDICI | Le Strutture coinvolte nell'obiettivo hanno collaborato attivamente con le altre Strutture dipartimentali con funzioni integrate/vicarianti, con attività specifiche per i diversi ruoli. | 7 | 7 | - |
| INTEGRAZIONE SERVIZI VETERINARI | Le strutture hanno effettuato interventi integrati/vicarianti in risposta alle necessità organizzative e gestionali delle Aree veterinarie presso le strutture di trasformazione e commercializzazione prodotti di origine animale ed altri operatori, rispettando la programmazione e le indicazioni del PAISA 2024. | 4 | 4 | - |
| RIORGANIZZAZIONE FUNZIONI AMMINISTRATIVE IN CAPO AL DIT PER LE STRUTTURE AFFERENTI AL COORDINAMENTO TERRITORIALE | La segreteria amministrativa unica garantisce modalità uniformi di preparazione delle sedute valutative e supporta l'appropriatezza valutativa e l'uniformità di comportamento da parte dei componenti della Commissione UMVD minori. Anche per le funzioni distrettuali dell'Integrativa e Protesica sono state rafforzate modalità di lavoro comuni tra gli uffici protesica distrettuali dell'ASL CN1 ed è stata individuata una figura amministrativa di riferimento per il Dipartimento per l'Integrazione Territoriale. Le funzioni distrettuali per l'assistenza sanitaria transfrontaliera sono svolte in maniera integrata dagli uffici estero dei quattro Distretti | 1 | 1 | - |

| | | | | |
|---|--|-----------|-----------|---|
| STANDARDIZZAZIONE PROCEDURE VALUTAZIONI UMVD NEI DISTRETTI | Dal punto di vista organizzativo sono state quindi uniformate le modalità di gestione dei documenti propedeutici alla valutazione dei singoli casi e, grazie alla partecipazione della segreteria unica alle sedute delle quattro unità valutative minori ad oggi presenti, si sono potute superare le differenti modalità gestionali amministrative in uso. Sono in corso le attività complementari di codifica uniforme per la lettura della spesa annuale distrettuale. | 6 | 6 | - |
| IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE OSPEDALE-TERRITORIO NEL PERCORSO NASCITA | Sono stati organizzati degli incontri trimestrali per condivisione e confronto tra gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali del Dipartimento Materno Infantile su temi generici e specifici relativi al percorso nascita con tema prioritario su cui ipotizzare un progetto quello dell'home visiting e si sono costituiti gruppi di lavoro per lavorare su temi specifici. | 6 | 6 | - |
| TELEMEDICINA | Sono state incrementate le prestazioni di telemedicina effettuate dalla struttura (1744 prestazioni dirette) rispetto alle prestazioni dell'anno 2023 (1347) e sono stati presi in carico 81 pazienti con modalità innovative entro il dicembre 2024, l'obiettivo è stato raggiunto nonostante il ritardo di circa 6 mesi nella fornitura delle attrezzature indispensabili per dette attività peraltro fornite attraverso fondi finalizzati. | 1 | 1 | - |
| UNIFICAZIONE INTRAZIENDALE DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI UROGINECOLOGIA | Si è proceduto all'applicazione clinica della scheda di valutazione uroginecologica (già realizzata e documentata nella verifica infrannuale) negli ambulatori di Mondovì e Savigliano, con unificazione dei percorsi valutativi e terapeutici per tutte le pazienti affette da patologia del pavimento pelvico. | 2 | 2 | - |
| IMPLEMENTAZIONE PRESTAZIONI TELECONSULENZA/TELEREFERTAZIONE TRA PPOO DELL'ASL CN1 | In data 01/04/2024 è stata avviata la Teleconsulenza per il percorso ST del paziente con ictus che accede al PO Savigliano da parte della Neurologia di Mondovì. Dal 01/10/2024 sono state inserite nella turnazione per il Telestroke n. 2 Medici della SC Neurologia di Savigliano. Dal 01/12/2024 è stata avviata la sperimentazione con la ASO S. Croce e Carle di Cuneo che prevede la turnazione di tutti i Neurologi del quadrante (ASO/ASL CN1) sulla copertura attiva delle notti a Cuneo con un collegamento in Telestroke degli Spoke dalle ore 20.00 alle ore 8.00 estendendo la pratica del Telestroke in linea con gli obiettivi prefissati. Dai dati inviati, nel periodo Gennaio-Dicembre 2024 sul Telestroke sono state effettuate 68 chiamate, 42 Teleconsulenze e 7 Teleconsulti Neuroradiologici. Dal 1/10/2024 è stata attivata la telerefertazione per esami neurofisiologici eseguiti a Savigliano e refertati a Mondovì (per un totale di circa 50 esami elettromiografici e di 10 potenziali evocati). Per quanto inerente la Telemedicina sono state eseguite 90 prestazioni per la SC Neurologia di Mondovì e 128 prestazioni per la SC Neurologia di Savigliano. | 2 | 2 | - |
| EFFICIENTAMENTO E COMPLETAMENTO UTILIZZO PROCEDURA CARTELLA AMBULATORIALE ONCOLOGICA | Al 31/12/2024 sono stati apportati aggiornamenti su tutte le patologie tumorali e gli schemi obsoleti sono stati eliminati o corretti per oltre l'80% delle patologie. Pertanto l'obiettivo risulta pienamente raggiunto. | 2 | 2 | - |
| PDTA TRATTAMENTO INCONTINENZA FECALE | In data 23 aprile 2024 è stato effettuato il primo incontro a cui hanno partecipato Dipartimento Medico Generale Riabilitativo, Dipartimento Chirurgico e Dipartimento Materno Infantile. Il PDTA è stato pubblicato sulla INTRANET aziendale e contestualmente applicato a far data dal 17.12.2024. L'obiettivo è pertanto ampiamente raggiunto. | 12 | 12 | - |
| PERCORSI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE | Durante l'anno 2024 sono stati attivati percorsi terapeutici condivisi con Cure Palliative Domiciliari ASL CN 1, Cure Palliative Pediatriche ed Isola di Margherita OIRM, Pediatri di Libera Scelta con progettualità intraospedaliera, di consulenza al di fuori della nostra realtà Ospedaliera di Savigliano ed Azienda Zero in ambito Regionale. Tutti i pazienti in carico hanno potuto accedere ad un percorso terapeutico con finalità palliativa condiviso e con mobilità bidirezionale (Hub verso Spoke e viceversa). | 1 | 1 | - |

| | | | | |
|---|--|----------|----------|----------|
| TELIERABILITAZIONE | Sono stati redatti i protocolli riabilitativi per le attività di tele-riabilitazione registrati correttamente nei flussi e tariffati. - IODMEG001 ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA TELIERABILITAZIONE DEI PAZIENTI CARDIOPERATI - IODMEG002 ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA TELIERABILITAZIONE DEI PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON | 1 | 1 | - |
| PIANIFICAZIONE INTEGRATA_GESTIONE PIAO | Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione sia nella fase di approvazione sia nelle eventuali fasi di aggiornamento, è stato gestito secondo le scadenze di legge. | 1 | 1 | - |
| AZIENDA ZERO_FORMAZIONE | Con Prot. 35945 del 17.03.2025 Azienda Zero invia la relazione positiva degli obiettivi budget 2024 con il pieno raggiungimento degli stessi. | 1 | 1 | - |
| AZIENDA ZERO_PIANO FERIE | Con Prot. 35945 del 17.03.2025 Azienda Zero invia la relazione positiva degli obiettivi budget 2024 con il pieno raggiungimento degli stessi. | 1 | 1 | - |

Area: PROFESSIONISTI-OPERATORI – Dimensione: SVILUPPO PROFESSIONALE

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% |
|---|--|------------------|----------|
| FORMAZIONE RADIOPROTEZIONE | I corsi messi a disposizione e le relative edizioni hanno pienamente raggiunto l'obiettivo. | 1 | 1 |
| PROGETTO STESURA MANUALI OPERATIVI POOL AMMINISTRATIVO MONDOVI'-CEVA | Gli amministrativi del Pool Mondovì - Ceva hanno provveduto alla stesura dei Manuali Operativi, ciascuno per i servizi /ambulatori in cui operano. | 1 | 1 |

Area: PROCESSI – Dimensione: SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% |
|--|--|------------------|----------|
| COLLABORAZIONE COMMISSIONE TECNICA PER REALIZZAZIONE NUOVO OSPEDALE | Tutte le Strutture coinvolte hanno partecipato agli incontri periodici e collaborato con la commissione tecnica per la realizzazione del nuovo Ospedale di Savigliano. | 2 | 2 |

Area: TUTELA – Dimensione: SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% |
|---|---|------------------|----------|
| MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE EX POST DELLE RICHIESTE DI PRENOTAZIONE PER PRESTAZIONI IN CLASSE B IN BASE AI CRITERI RAO AGENAS | Le Strutture coinvolte hanno effettuato la verifica della congruenza prescrittiva delle richieste in classe B per le prestazioni di gastroscopia, colonscopia, ecocardiografia rispetto alle indicazioni contenute nei documenti nazionali e regionali sui RAO. Raccolta dei dati ex post nel mese di maggio per quattro settimane e invio alla SS Gestione Front Office, sulla base di modello standard, completo di dati relativi al prescrittore. | 5 | 5 |

Area: TUTELA – Dimensione: PREVENZIONE

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | |
|---|--|------------------|------|--|
| ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE – PAISA | Sono stati pienamente rispettati gli indirizzi e le scadenze previste per la redazione dei documenti di rendicontazione PAISA relativi all'anno 2023, nonché per la programmazione PAISA per l'anno 2024. La Programmazione PAISA 2024 è stata oggetto di un'attenta condivisione con le Strutture di Sicurezza Alimentare del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del gruppo di progetto specificatamente individuato per tale scopo. Tale condivisione ha permesso di recepire in modo efficace le indicazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione Piemonte attraverso il PRISA 2024, garantendo un allineamento strategico con gli obiettivi regionali. L'attuazione delle attività programmate per il 2024 nell'area di competenza della struttura, in conformità a quanto definito nel PAISA, ha raggiunto pienamente il risultato previsto. Di conseguenza, si è provveduto all'aggiornamento dei sistemi informativi, assicurando la completezza e l'accuratezza dei dati in essi contenuti. | 5 | 5 | |
| RADON | Tutte le attività di riprogettazione, collaborazione e formazione programmate, sono state svolte. | 1 | 1 | |
| ATTUAZIONE E RISPETTO DEI PROGRAMMI REGIONALI DI PREVENZIONE – PLP | Tutte le Strutture hanno contribuito, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi e dei tempi previsti, alle attività di stesura della relazione di rendicontazione del Piano locale della prevenzione 2023 ed alle attività di formazione e lavori di gruppo per la stesura del documento di programmazione 2024 del Piano Locale della Prevenzione. Hanno partecipato alla formazione ed ai lavori di gruppo richiesti per le attività di rendicontazione e programmazione ed ha contribuito all'attuazione delle azioni di competenza in relazione agli obiettivi e alle azioni previste dalla programmazione regionale 2024 raggiungendo gli obiettivi previsti. La rendicontazione dettagliata delle azioni effettuate ed il raggiungimento degli standard previsti viene descritto nel documento di rendicontazione PLP 2024. | 20 | 20 | |
| BACK OFFICE AMMINISTRATIVO DI SICUREZZA ALIMENTARE - MODELLO ORGANIZZATIVO INTEGRATO | Le Strutture coinvolte nell'obiettivo hanno contribuito alla realizzazione dell'obiettivo attraverso la partecipazione diretta ed operativa al progetto integrato, in particolare con la messa a disposizione della figura di coordinamento. E' stato definito un modello organizzativo di back office amministrativo di Sicurezza Alimentare unico ed integrato. E' stata individuata una figura di coordinamento e riferimento di ambito territoriale, sono stati rivisti i carichi di lavoro e le competenze. | 5 | 5 | |

Area: STAKEHOLDER – Dimensione: QUALITÀ PERCEPITA

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% |
|---|---|------------------|------|----------------|
| CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI STATI INVALIDANTI | Nonostante la carenza di organico medico, al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa, sono state effettuate 4/5 sedute al mese, con orario continuato dalle 8 alle 17, con 100/120 utenti convocati, in aggiunta alle commissioni ordinarie (circa 5 al mese). Il tempo medio di attesa per essere sottoposto a visita in Commissione medica Locale Patenti di guida risulta essere al 31 dicembre 2024 di 53 gg. dalla data dell'istanza. | 1 | 1 | - |

Area: ECONOMIA – Dimensione: EQUILIBRIO FINANZIARIO

| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% |
|---|--|------------------|------|----------------|
| CONTENIMENTO DELLA SPESA (NOTA REGIONALE PROT. 163416 DEL 19/12/2023) - DISPOSITIVI MEDICI | In corso d'anno SCR ha eliminato le indicazioni delle percentuali di acquisti obbligatori in accordo quadro. Il servizio ha effettuato la tenuta del registro trimestrale come da indicazioni. Ha inoltre collaborato proattivamente, con il Controllo di Gestione e il Di.P.Sa, ad analizzare i risultati emersi dalle analisi condotte sui costi volte al contenimento della spesa dei Dispositivi Medici. | 4 | 4 | - |

| | | | | |
|--|---|-----------|-----------|-----------|
| CARICAMENTO COSTI CERTI E PRESUNTI, AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DEI DOCUMENTI, VALORIZZAZIONE DELLE MOTIVAZIONI PER LA SOSPENSIONE DEI TERMINI DI PAGAMENTO | Corretto caricamento dei costi certi e presunti nel loro complesso. Autorizzazione al pagamento dei documenti passivi nei termini, nel loro complesso, come da indicatore di tempestività dei pagamenti. | 21 | 8 | 13 |
| PRESTAZIONI EXTRA-LEA | Le Strutture territoriali hanno rispettato la ripartizione interna del budget assegnato al fine di garantire il vincolo regionale previsto per il 2024. | 9 | 9 | - |
| BUDGET TRASVERSALE E COMPLIANCE | Il rispetto della dotazione di budget conto servizio è stato osservato. I costi certi e presunti sono stati caricati regolarmente in procedura. Non si sono riscontrati ritardi significativi nell'autorizzazione al pagamento delle fatture che mediamente sono state pagate in anticipo rispetto ai termini contrattuali. Sono state osservate le indicazioni fornite e confronto su andamento costi/rispetto delle indicazioni in linea con l'atteso. Completezza delle registrazioni inserite. L'erogazione delle attività assistenziali ha richiesto, come da valutazioni condivise con la Direzione Generale, incrementi di dotazione del budget assegnato. | 22 | 22 | - |

| Area: PROCESSI – Dimensione: LEGALITÀ | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------|--------------------------|
| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% |
| AUDIT FINALIZZATO ALLA VERIFICA DELL'EFFETTIVA ATTUAZIONE DELLA MAPPATURA DEI PROCESSI/SOTTO-PROCESSI IN AMBITO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE O MALA AMMINISTRAZIONE | Sono stati effettuati n.3 audit: due sull'effettiva attuazione delle procedure sulla gestione delle "Attività conseguenti al DECESSO in ambito ospedaliero" e sulla "Vestizione delle salme in caso di DECESSO nelle Strutture dell'ASL CN1" e la terza con la collaborazione del Dipartimento di Prevenzione/Direzione Amm.va della Prevenzione, relativo alla "Attività di controllo ufficiale nelle materie di competenza Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di origine animale. | 6 | 6 | - |

| Area: PROCESSI – Dimensione: SICUREZZA | | | | |
|--|--|-------------------------|-------------|--------------------------|
| Obiettivo | Descrizione – Risultato atteso | Strutture totali | 100% | < 100% e ≥ 90% |
| REVISIONE PEIMAF OSPEDALI DI MONDOVI E CEVA, SAVIGLIANO E SALUZZO | I PEIMAF sono stati tutti revisionati al 31 dicembre 2024, ma necessitano di ulteriori valutazioni alla luce delle modifiche intervenute in termini di personale medico, dipartimentale (direttori) e per il coinvolgimento delle Cooperative. | 7 | 7 | - |

3.4 La Performance Individuale

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

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

comunque non inserita in struttura dipartimentale.

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

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

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

3. Scheda di valutazione dei titolari di incarico di funzione: è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto titolare di incarico di funzione. Il soggetto preposto alla verifica è di norma il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del titolare dell'incarico o il Direttore del Dipartimento, cui si affianca il Responsabile della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale aziendale - o il titolare di incarico di funzione del personale del dipartimento - per i profili del ruolo sanitario.

La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori (graduati in una scala di giudizio da 1 a 5): leadership e gestione della squadra; capacità organizzativa e gestionale; capacità relazionali; gestione appropriata delle risorse tecniche; condivisione delle linee strategiche di Azienda; aggiornamento; rispetto dei regolamenti, delle direttive e del codice di comportamento; impegno e pro-attività.

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 2024, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane, con apposita nota protocollata il 11 aprile 2025 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 2024 e ratificati dall’Organismo Indipendente di Valutazione e, a seguire, dalla Direzione Generale che ne ha confermato il giudizio attraverso la deliberazione n. 134 del 01/04/2025 avente ad oggetto “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2024 da parte delle strutture dell’ASL CN1”. Contestualmente è stata avviata la compilazione a consuntivo delle Schede di Valutazione Integrata (SVI), nelle quali il Responsabile di Struttura, preso atto dei risultati approvati dall’Organismo Indipendente di Valutazione e verificato l’espletamento delle ore negoziate, su indicazioni fornite dalla citata S.C.I., compila la sezione dedicata ad accogliere le valutazioni a fine periodo di riferimento. Tale attività di compilazione si è conclusa entro il 20 maggio 2025.

Per quanto riguarda la scheda “SV”, il Responsabile della S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane ha trasmesso, con apposita nota protocollata il 11 aprile 2025, 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 2024 per la valutazione a consuntivo della performance individuale.

La medesima S.C. Interaziendale Gestione Risorse Umane con comunicazione del 16 aprile 2025 ha richiesto la compilazione delle schede di valutazione per il 2024 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 20 maggio 2025.

Di seguito si presentano i dati emersi al termine del processo di valutazione della performance

individuale relativa all'anno 2024 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 2024 – 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 2024 | |
|--|--------------|
| dipendenti complessivi comparto | 3.202 |
| dipendenti valutati | 3.151 |
| <i>di cui dipendenti che non hanno accettato valutazione</i> | 8 |
| dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi) | 51 |

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).

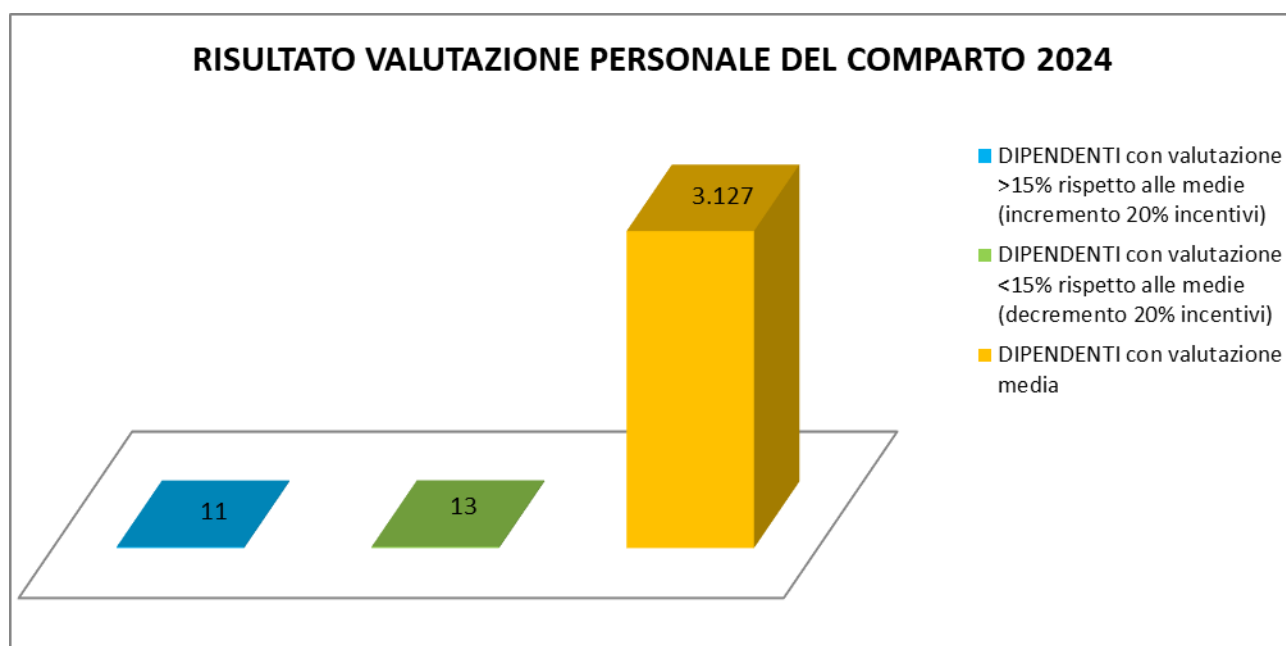
| | |
|--|--------------|
| Dipendenti con valutazione >15% rispetto alla media (incremento 20% incentivi) | 11 |
| Dipendenti con valutazione <15% rispetto alla media (decremento 20% incentivi) | 13 |
| Dipendenti con valutazione media | 3.127 |

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 2024 | |
|--|------------|
| <i>dipendenti complessivi</i> | 213 |
| <i>dipendenti valutati</i> | 213 |
| dipendenti non valutati (per assenze varie o altri motivi) | 0 |
| dipendenti che non hanno accettato valutazione | 0 |
| dipendenti con valutazione negativa (<65) | 0 |

Per quanto attiene ai progetti quantitativi trasversali, nel 2024 i beneficiari sono stati nel complesso **678** per un ammontare complessivo di **€ 524.400,65** a fronte di un orario aggiuntivo dedicato pari a **n. 23.925,73 ore** complessive.



3.4.2 Rendicontazione performance individuale 2024– Area Dirigenza Sanità e Area Dirigenza Funzioni Locali

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

Nel primo caso, la valutazione della performance avviene mediante la compilazione della scheda di valutazione integrata (SVI) che consente di acquisire elementi utili sia per l'attribuzione della quota economica relativa alla retribuzione di risultato, sia per le verifiche di competenza del Collegio Tecnico. Nel secondo caso, invece, la valutazione della performance individuale avviene tramite compilazione di apposita scheda SV per la valutazione annuale dei Direttori di Struttura Complessa o di strutture assimilate quali Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale, Struttura Semplice Aziendale e Struttura Semplice in Staff, che si compone di valutazione da parte del diretto Responsabile e di autovalutazione da parte del dirigente. In

questo caso, la valutazione non ha un impatto diretto sull'attribuzione della quota economica relativa alla retribuzione di risultato (che in questo caso è legata al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alla Struttura), ma è utile ai fini della valutazione dell'incarico dirigenziale, a cura del Collegio Tecnico.

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

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

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

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

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

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

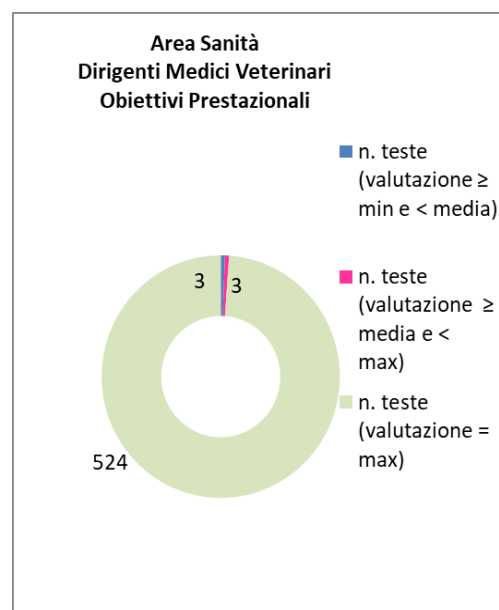
| | |
|--|--|
| DISPONIBILITA' ALL'AGGIORNAMENTO E ALL'AFFIANCAMENTO | <p>Impegno nell'aggiornamento professionale.</p> <p>Applicazione diffusione del conosciuto/appreso.</p> <p>Capacità di guida e supporto nei confronti di altri operatori.</p> <p>Attività didattica e di docenza, impegno come formatore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

AREA SANITÀ:

Dirigenti medici e veterinari (n. 530 valutati)

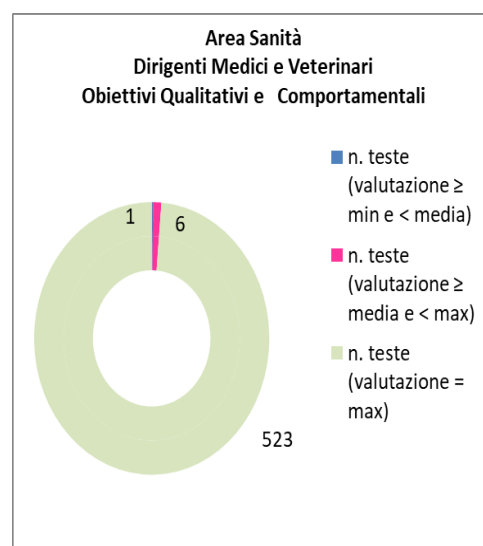
OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

| | |
|---|--------------|
| Valore Minimo (min) | 85,00 |
| Valore Massimo (max) | 100,00 |
| Valore Medio (media) | 92,50 |
| n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) | 3 |
| n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) | 3 |
| n. teste (valutazione = max) | 524 |



OBIETTIVI QUALITATIVI E COMPORTAMENTALI:

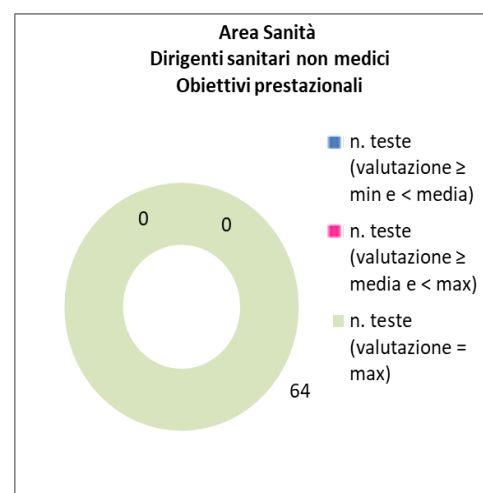
| | |
|---|--------------|
| Valore Minimo (min) | 54,99 |
| Valore Massimo (max) | 100,00 |
| Valore Medio (media) | 77,50 |
| n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) | 1 |
| n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) | 6 |
| n. teste (valutazione = max) | 523 |



Dirigenti sanitari non medici (n. 64 valutati)

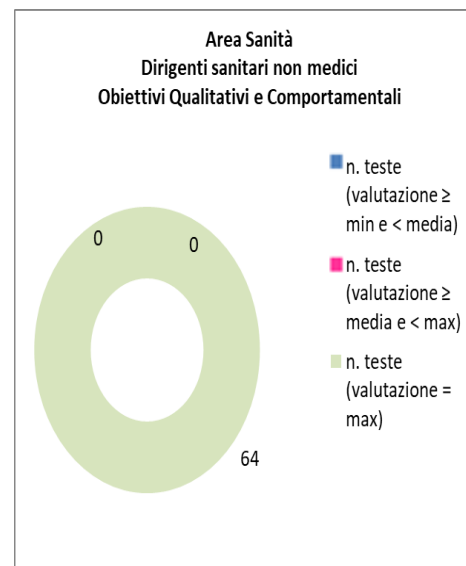
OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

| | |
|--|-----------|
| 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 |

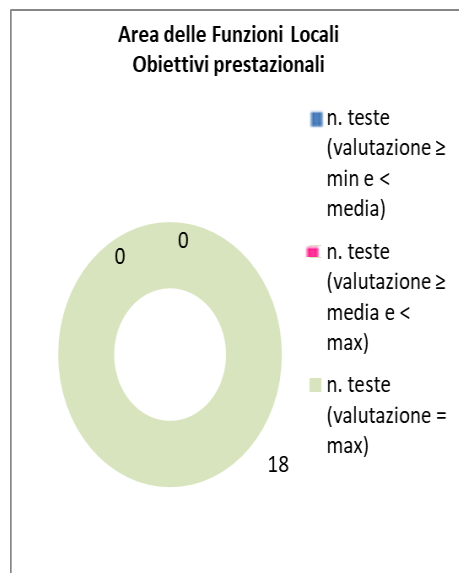


AREA DELLE FUNZIONI LOCALI

(n.18 dirigenti valutati)

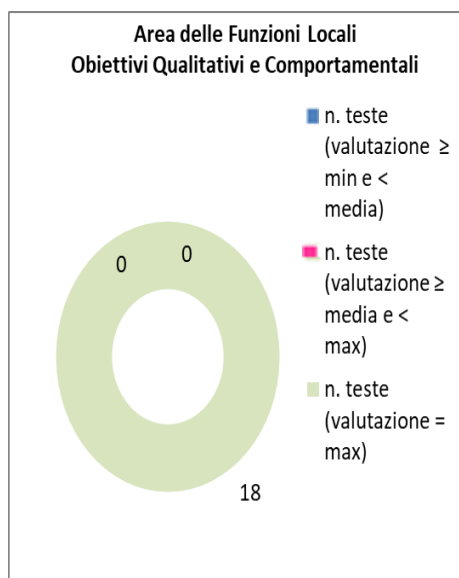
OBIETTIVI PRESTAZIONALI:

| 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) | 18 |



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 |



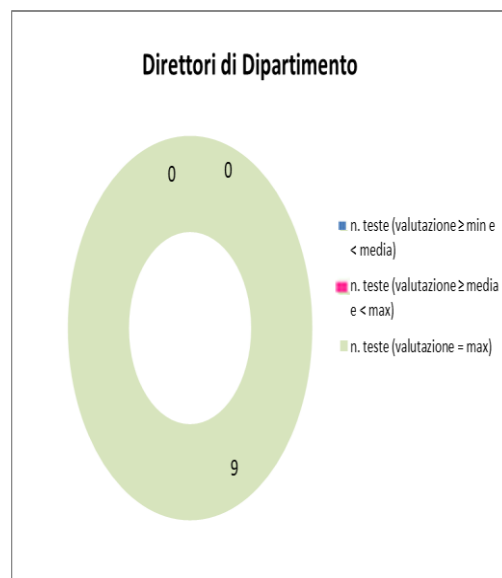
Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate

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; 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)

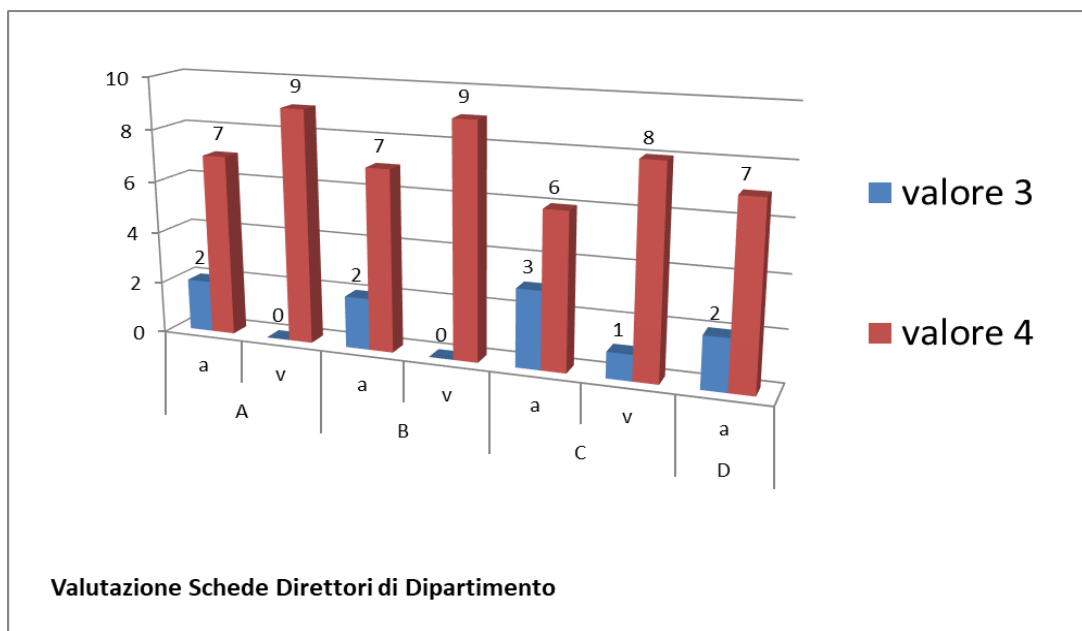
| Tutti i Direttori di Dipartimento hanno raggiunto il 100% | |
|---|---|
| n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) | 0 |
| n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) | 0 |
| n. teste (valutazione = max) | 9 |



Valutazioni schede Direttori di Dipartimento

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

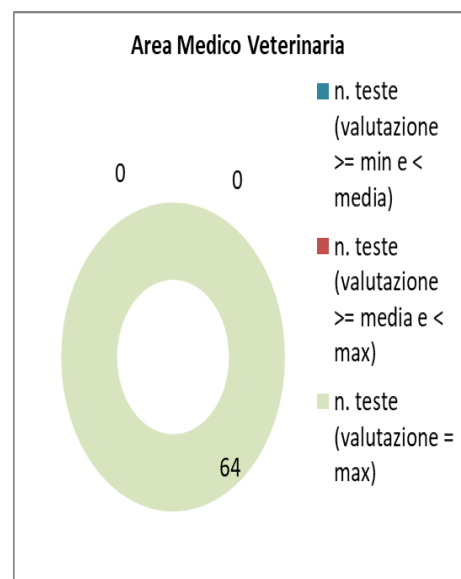
Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



AREA SANITÀ:

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

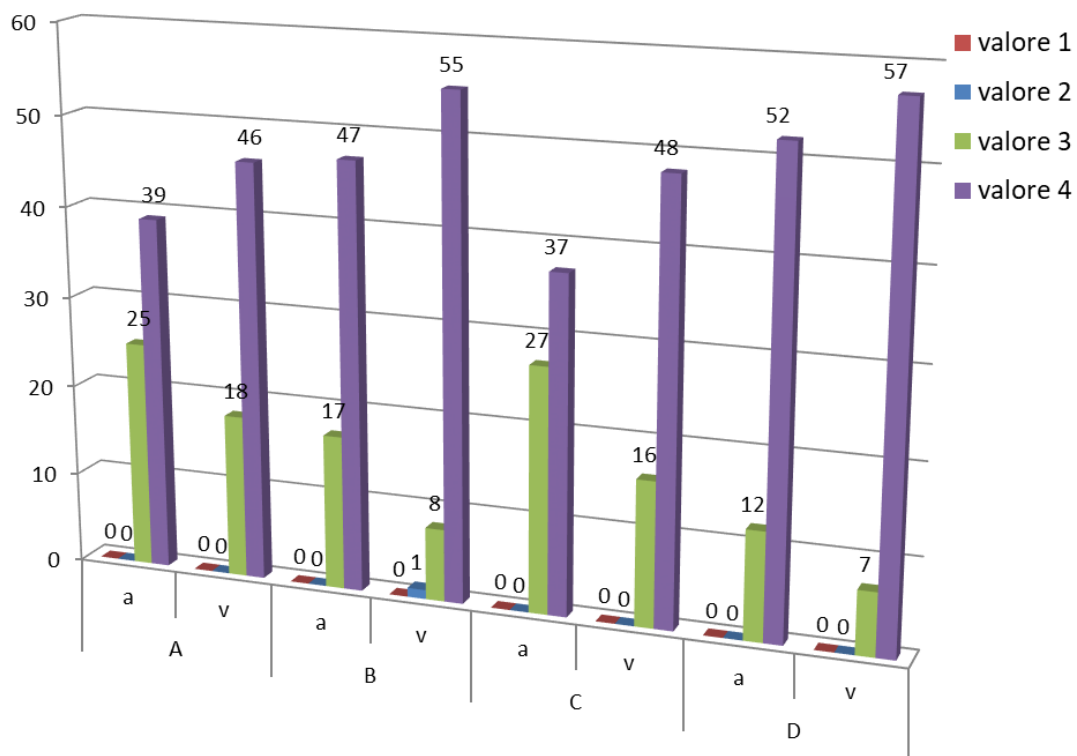
| | |
|--|----|
| Tutti i direttori hanno raggiunto il 100% | |
| n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) | 0 |
| n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) | 0 |
| n. teste (valutazione = max) | 64 |



Valutazioni schede 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 | 25 | 18 | 17 | 8 | 27 | 16 | 12 | 7 |
| valore 4 | 39 | 46 | 47 | 55 | 37 | 48 | 52 | 57 |
| totale teste | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |

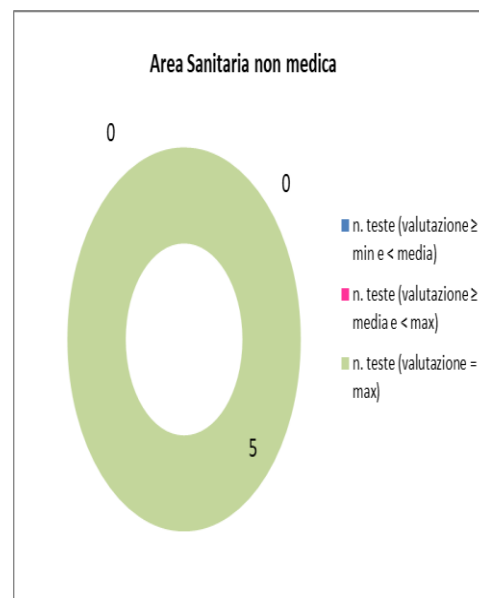
Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



Valutazione Schede
Direttori/Responsabili medici e veterinari

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

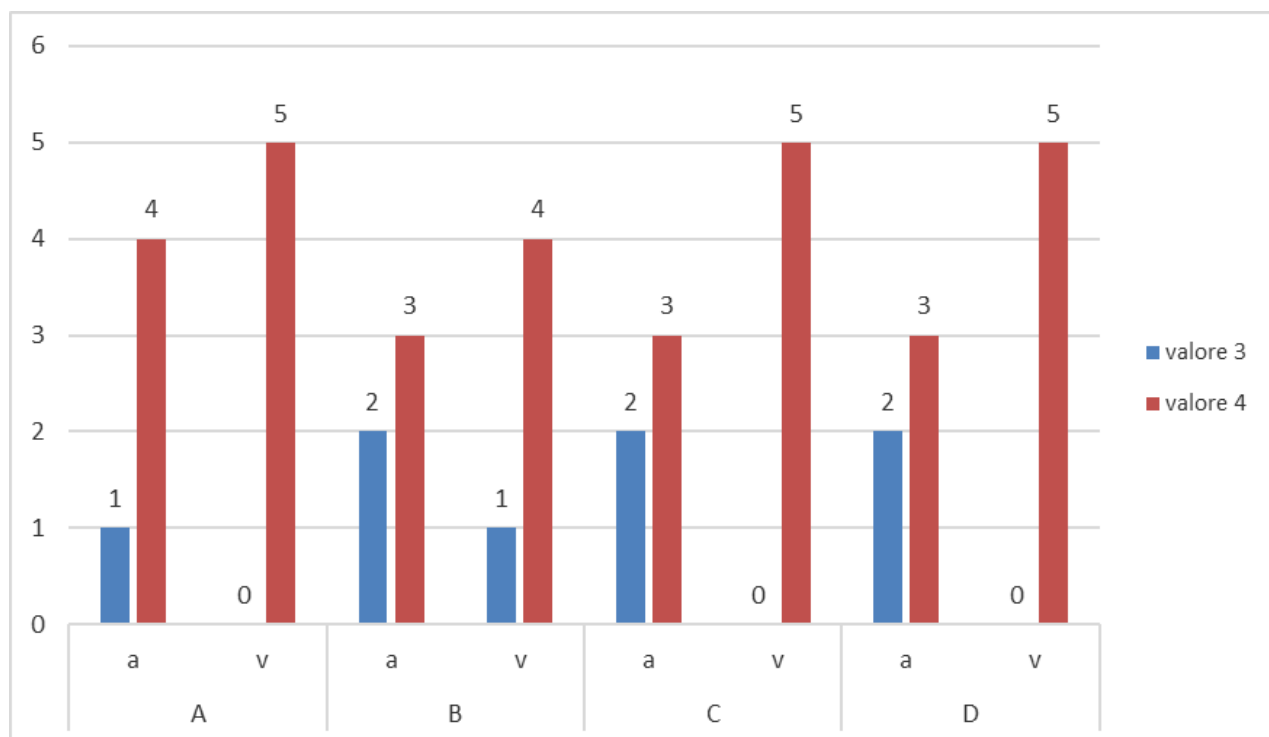
| | |
|--|---|
| Tutti i direttori hanno raggiunto il 100% | |
| n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) | 0 |
| n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) | 0 |
| n. teste (valutazione = max) | 5 |



Valutazioni schede Direttori/Responsabili non medici

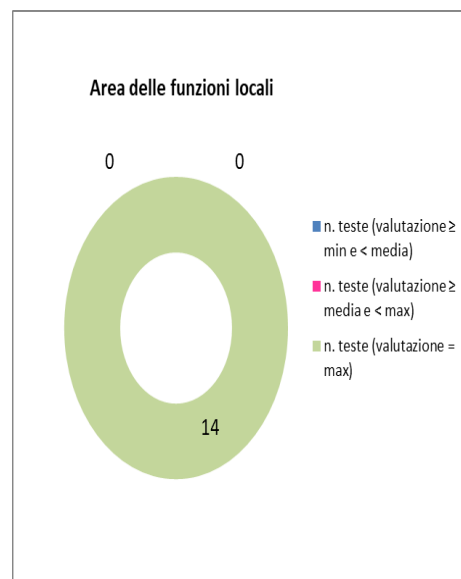
| | A | | B | | C | | D | |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | a | v | a | v | a | v | a | v |
| valore 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| valore 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 |
| totale teste | 5 | 5 | 5 | 5 | 5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

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



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

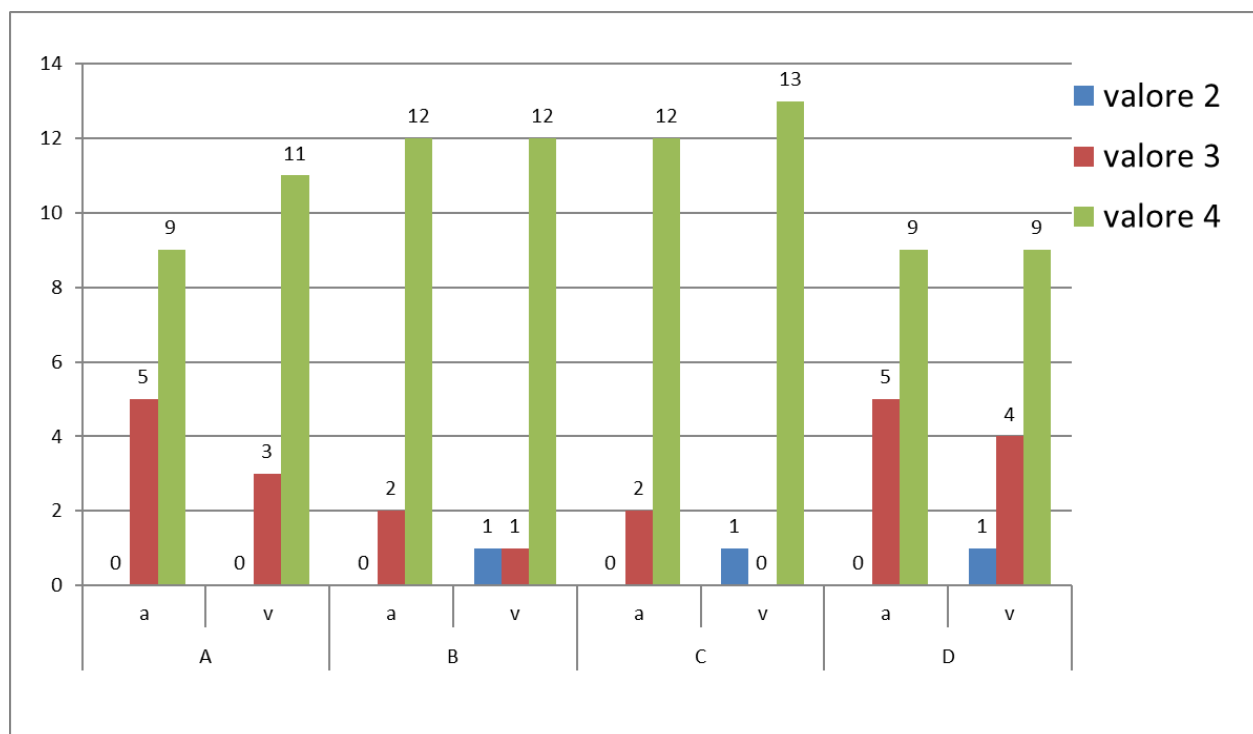
| | |
|--|----|
| Tutti i dirigenti hanno raggiunto il 100% | |
| n. teste (valutazione \geq min e $<$ media) | 0 |
| n. teste (valutazione \geq media e $<$ max) | 0 |
| n. teste (valutazione = max) | 14 |



Valutazioni schede Area delle funzioni locali

| | A | | B | | C | | D | |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | a | v | a | v | a | v | a | v |
| Valore 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| valore 3 | 5 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | 5 | 4 |
| valore 4 | 9 | 11 | 12 | 12 | 12 | 13 | 9 | 9 |
| totale teste | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 |

Legenda: a= autovalutazione; v= valutazione



3.5 Risultati 2024 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. 25 del 29 gennaio 2024 di adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) 2024-2026 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 2024:

- Sono stati pubblicati i dati su “Amministrazione Trasparente” entro il 15 luglio 2024; 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. 213 del 23 aprile 2024;
- è stato effettuato il successivo monitoraggio al 30 novembre 2024, secondo le indicazioni fornite dall’ANAC con delibera n. 213 del 23 aprile 2024, con le dovute annotazioni degli esiti di detto monitoraggio nella specifica scheda, aggiornando i valori attribuiti nella

colonna “completezza di contenuto”. In particolare, l’attestazione dell’OIV completa della scheda delle verifiche di monitoraggio, compilata tramite l’utilizzo dell’applicativo web, in data 12 dicembre 2024, è stata regolarmente pubblicata nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale aziendale;

- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo “Scadenario dei nuovi obblighi amministrativi”;
- è stata posta estrema attenzione nell’accoppiare alle risorse informative pubblicate, le specifiche banche dati di riferimento (laddove esistenti), in modo da agevolare la ricerca univoca e stabile dei dati.

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

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

La percentuale degli accessi alla sezione “Amministrazione Trasparente”, da parte di cittadini, Enti, soggetti terzi, rispetto al totale degli accessi al sito web aziendale risulta la seguente:

| ANNO | PERCENTUALE ACCESSI |
|-------------|---------------------|
| 2017 | 2,91% |
| 2018 | 2,21% |
| 2019 | 2,64% |
| 2020 | 2,83% |
| 2021 | 2,79% |
| 2022 | 4,21% |
| 2023 | 10,16% |
| 2024 | 12,35% |

3.5.2 Prevenzione della Corruzione

Nel corso del 2024 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^ variante, deliberata il 30/11/2022 dal Direttore Generale con provvedimento n. 394, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n. 8-6523 del 20/02/2023 e integrato con un'ultima 8^ variante, deliberata con provvedimento n. 129 del 03/03/2023, integrata dalla deliberazione n. 184 del 22/05/2023 e recepita dalla Regione Piemonte con DGR n. 6-7419 del 04/09/2023.

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 25 del 29/01/2024 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 2024-2026, parte integrante del PIAO 24-26. 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 2024 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 2024 l'attività avviata negli anni precedenti. Tutte le Strutture hanno provveduto alla verifica, integrazione e aggiornamento del Catalogo dei processi e relativi sotto processi e del Registro dei rischi. Inoltre, come a partire dal 2018 anche nel 2024 alcune Strutture hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi. Anche nel 2025 si continuerà tale attività di maggiore dettaglio e approfondimento di altri processi/procedimenti o sotto processi, 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 505 sotto processi/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 2024, entrata a far parte degli obiettivi del budget 2024, 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 2025-2027 dell'ASL CN1, che fotografa la situazione delle attività analizzate in Azienda al 31/12/2024.

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".

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, sia nel 2023 che nel 2024 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 e dal 2/5/2024 al 30/11/2024. I corsi 131-43250 e 131-47677 sulla “**Gestione del Conflitto di interessi in ambito sanitario**”, sono stati conclusi da **1498** iscritti nel 2023 e da **479** partecipanti nel 2024; mentre gli eventi 131-43251 e 131-47678 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 e da **23** nel 2024.

Cosicché in cinque anni, in materia di Conflitto di interessi, sono stati formati in totale **3.661** 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 01/11/2023 – 31/10/2024, emerge quanto segue:

| | |
|---|----------|
| Segnalazioni ricevute dall'UPD nel periodo 01/11/2023 – 31/10/2024 | 4 |
| archiviazioni disposte all'esito del procedimento disciplinare: | 1 |
| sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 72, c. 4, lett. b) del CCNL del 19/12/2019: censura scritta per <i>“condotta, negli ambiti di lavoro, non conforme ai principi di correttezza verso i componenti della direzione aziendale, gli altri dirigenti, i dipendenti, o nei confronti degli utenti o terzi”</i> | 1 |
| sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 36, c. 8, lett. a) – in relazione al c. 4 lett. a) dello stesso articolo del CCNL del 17/12/2020: una sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per 5 giorni per <i>“grave inosservanza delle disposizioni e delle direttive dettate in tema di conferimento di incarichi extra-istituzionali”</i> | 1 |
| procedimenti sospesi ex art. 55 ter del D.lgs. 165/2001 e s.m.i. | // |
| procedimenti in corso di istruttoria al 31/10/2024 | // |
| procedimenti trasmessi per competenza ai Direttori/Responsabili di Struttura | 1 |

Nell'ultimo periodo considerato si osserva una apprezzabile diminuzione dei numeri delle segnalazioni di illeciti disciplinari ricevute dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) nei confronti del **personale dipendente** rispetto all'anno precedente: infatti le segnalazioni pervenute sono scese a 4 rispetto alle 10 del 2023 e alle 11 del 2022. Aumento di segnalazioni che si era registrato a partire dal 2021: quattro in più rispetto alle 5 del 2020, del 2018 e 2016, contro le 4 del 2019, le 7 del 2017 e le 6 del 2015, se pur si manteneva ancora una considerevole distanza dal picco di 18 segnalazioni del 2014.

Sempre ai fini del monitoraggio, come negli anni precedenti, è stata inviata ai Direttori/Responsabili delle Strutture aziendali una scheda, che i medesimi hanno provveduto a compilare e restituire al RPCT, nella quale viene individuato un indicatore riferito a ciascun articolo del Codice di comportamento, che assolve alla duplice funzione di fornire dati utili a valutare

l'efficace attuazione del Codice stesso nelle Strutture, e di sensibilizzare sia i Responsabili che i dipendenti sugli obblighi previsti dalle disposizioni oggetto di rilevazione.

Si riportano, di seguito, gli esiti del suddetto monitoraggio, riferiti al periodo 01/10/2023 – 30/09/2024:

| Monitoraggio attuazione codice di comportamento | 2024 |
|--|-------------|
| Dichiarazioni scritte di avvenuta restituzione/rifiuto di regali o altre utilità (art. 4 Cod. Comp.) | 1 |
| Comunicazioni di adesione o appartenenza ad associazioni/organizzazioni i cui ambiti di interesse possono interferire con l'attività (art. 5 Cod. Comp.) | 6 |
| Comunicazioni interessi finanziari e conflitto di interesse all'atto dell'assegnazione all'ufficio (art. 6 Cod. Comp.) | 1 |
| Dichiarazioni di astensione per potenziale conflitto di interessi (art. 7 Cod. Comp.) | 0 |
| Segnalazioni di situazioni di illecito da parte di dipendenti della struttura (art. 8 Cod. Comp.) | 0 |
| Irregolarità rilevate all'esito del monitoraggio sulle timbrature fuori sede e sulle omesse timbrature (art. 11 Cod. Comp.) | 0 |
| Elogi da parte di utenti esterni o interni | 320 |
| Segnalazioni/reclami da parte di utenti che lamentano un inadeguato comportamento in servizio nei confronti del personale dipendente o convenzionato | 105 |
| 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 coinvolgere i dipendenti sull'etica e sul rispetto del Codice di comportamento, suggeriscono l'invio periodico di brevi messaggi o comunicazioni riassuntive sotto forma di slide o tramite mail.

Reclami dei cittadini-utenti

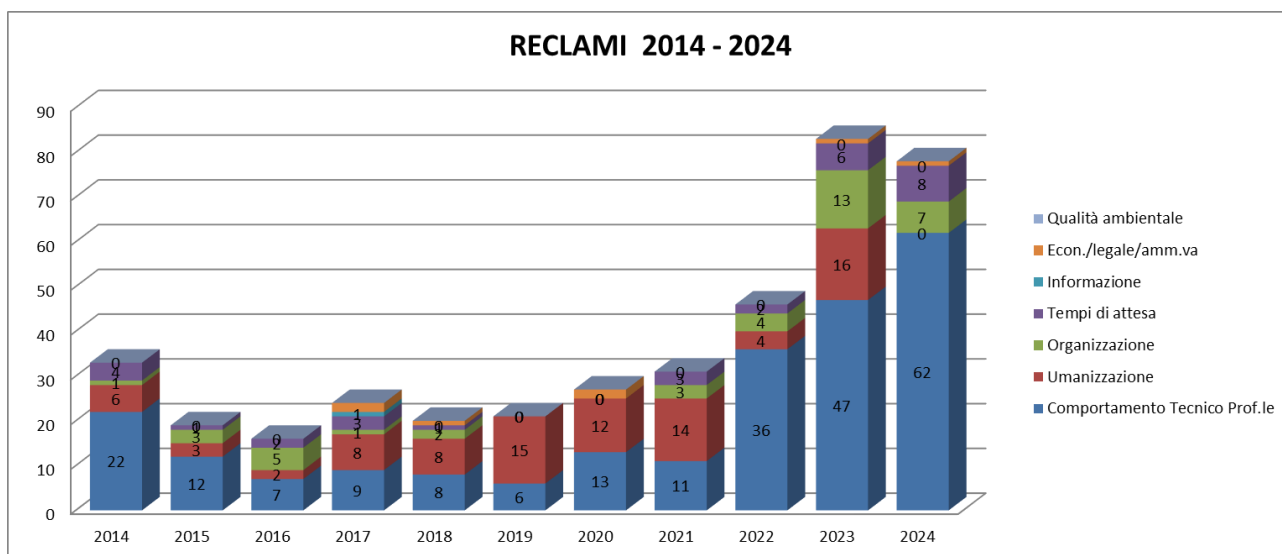
Si ritiene, inoltre, utile riportare i dati e le elaborazioni che rappresentano l'andamento dei reclami dei cittadini utenti nel periodo 2014-2024.

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 e agli 83 del 2023, per scendere da ultimo ai 78 del 2024.

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



Procedimenti disciplinari

Nel 2024 si registra un'ulteriore diminuzione dei numeri delle segnalazioni di illeciti disciplinari ricevute dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) nei confronti del personale dipendente rispetto agli ultimi anni: infatti le segnalazioni arrivano a 6, quindi in diminuzione rispetto a quelle pervenute nel corso del 2023 che erano in totale 10.

4. Risorse, efficienza ed economicità

4.1 Le risorse finanziarie

L'ASL CN1 ha deliberato l'adozione del proprio bilancio consuntivo 2024 con atto n. 169 del 30 aprile 2025.

Il bilancio di esercizio presenta una perdita di 7,853 milioni di euro, in miglioramento rispetto al disavanzo dell'esercizio 2023 (in allora pari a 17,419 milioni di euro).

Il confronto fra i dati del Bilancio Consuntivo 2024 rispetto al 2023 mostra che i costi di produzione sono in aumento di 27,469 milioni di euro.

| Codice Aggregativo | Descrizione Aggregativa | Consuntivo 2024 | Consuntivo 2023 | Variazione Assoluta | Variazione Relativa |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| BZ9999 | Totale costi della produzione (B) | 889.134 | 861.665 | 27.469 | 3,19% |

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

La voce B.1) "Acquisti di beni" presenta un aumento complessivo del 16,58%, pari a 16,258 milioni complessivi, rispetto al 2023, causato dall'andamento dei costi di cui alla voce B.1.A) "Acquisti di beni sanitari" (+16,88%), di cui medicinali per oltre 8 milioni di euro.

I costi di cui al conto 3100148 "Riaddebito dei prodotti farmaceutici con AIC in DPC acquistati dalla ASR capofila" presentano un incremento di 1,6 milioni di euro, pari al 9,68%.

La voce B.2.A) "Acquisti servizi sanitari" presenta un incremento dell'1,94%, per 8,960 milioni di euro, dovuto principalmente alle variazioni per assistenza sanitaria di base (0,847 milioni), farmaceutica (1,532 milioni), riabilitativa (0,671 milioni), protesica (0,25 milioni), ospedaliera (2,095 milioni), psichiatria (0,846 milioni), distribuzione farmaci file F (3,332 milioni), prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria (2,999 milioni).

La voce B.2.B) "Acquisti di servizi non sanitari" presenta un incremento di 1,899 milioni di euro motivato dall'aumento dei costi per servizi di IT Cloud (conto 3150203, più 0,565 milioni), servizi di mensa per dipendenti (conto 3101106, più 0,412 milioni), servizi di riscaldamento (conto 3101107, più 0,294 milioni) e altri servizi non sanitari da pubblico (conto 3100391, più 0,678 milioni).

La voce "Totale Costo del personale" presenta un incremento del 2,75%, pari a 5,845 milioni di euro, dovuto all'applicazione di norme di legge o istituti contrattuali; la spesa ordinaria sostenuta dall'Azienda per il personale relativamente all'anno 2024, calcolata secondo i parametri indicati dalla DGR n. 46-6202 del 07/12/2022 (come confermato dalla successiva D.G.R. n.33-538 dl 16/12/2024), non ha superato i limiti fissati dal tetto di spesa.

Il bilancio di previsione 2024 è stato oggetto di numerose elaborazioni, con comunicazioni formali dei dati alla Regione (acquisizione del dato dall'applicativo regionale), secondo le disposizioni ricevute a fine 2023 e durante l'anno 2024.

La Regione ha assegnato le risorse disponibili per l'anno 2024 con DGR n. 9-7070 del 20 giugno

2023, successivamente integrata con DD 19 del 15/01/2025 (“Riparto 2024 del fondo sanitario ed entrate Payback agli enti del SSR”) e con altri provvedimenti di dettaglio.

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 2024.

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 2024

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. 367, n. 368 e n. 369 del 27/08/2024, è stato quantificato in via provvisoria l’ammontare dei fondi contrattuali per l’anno 2024, 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 2024 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 2024, come definiti con i citati provvedimenti n. 367, n. 368 e n. 369 del 27/08/2024.

| DIRIGENZA AREA SANITA’ | |
|--|----------------------|
| FONDO PER LA RETRIBUZIONE DEGLI INCARICHI - ART.72 CCNL 23/01/2024 | |
| Totale fondo | 15.459.502,31 |
| | |
| FONDO PER LA RETRIBUZIONE DELLE CONDIZIONI DI LAVORO - ART.73 CCNL 23/01/2024 | |
| Totale fondo | 2.678.713,08 |
| | |
| FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO - ART. 74 CCNL 23/01/2024 | |
| Totale fondo | 6.672.168,30 |
| | |
| TOTALE FONDI come da Delib. 368/2024 | 24.810.383,69 |

| AREA DIRIGENZA FUNZIONI LOCALI | |
|--|---------------------|
| FONDO RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ART.90 CCNL 17/12/2020 | |
| Totale fondo | 778.320,15 |
| | |
| FONDO RETRIBUZIONE DI RISULTATO E ALTRI TRATTAMENTI ACCESSORI ART 91 CCNL 17/12/2020 | |
| Totale fondo | 491.461,24 |
| | |
| TOTALE FONDI come da Delib. 369/2024 | 1.269.781,39 |

| 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 2024 |
| Fondi come da Delib. 367/2024 | 13.199.847,87 | 11.255.912,68 | 24.455.760,55 |

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

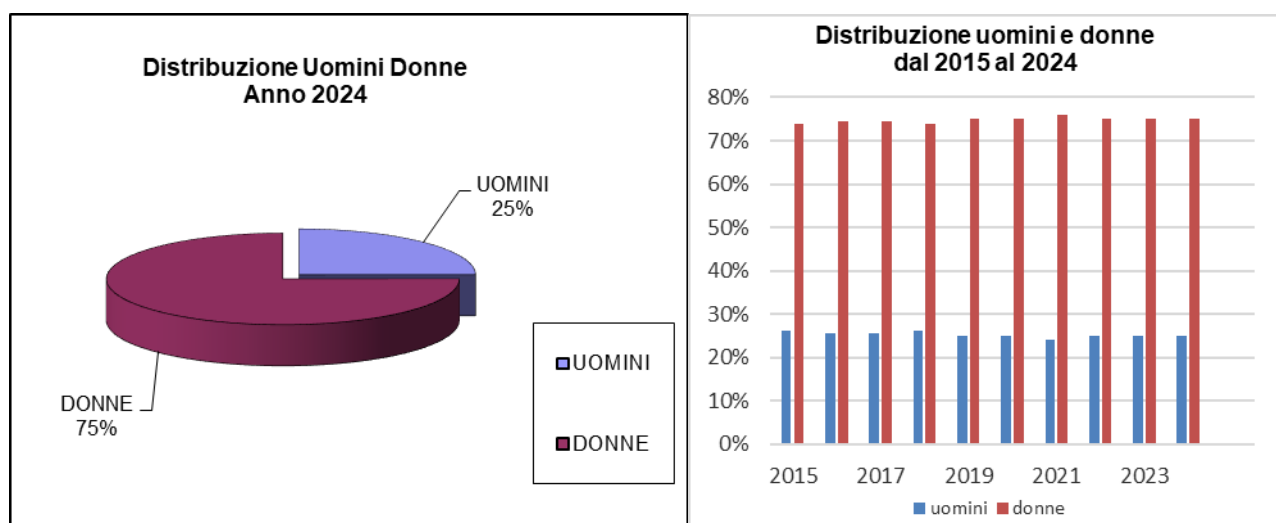
La relazione sulla condizione del personale è un adempimento del Comitato Unico di Garanzia previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 recante le *“Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG”* così come integrata dalla presente direttiva.

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.

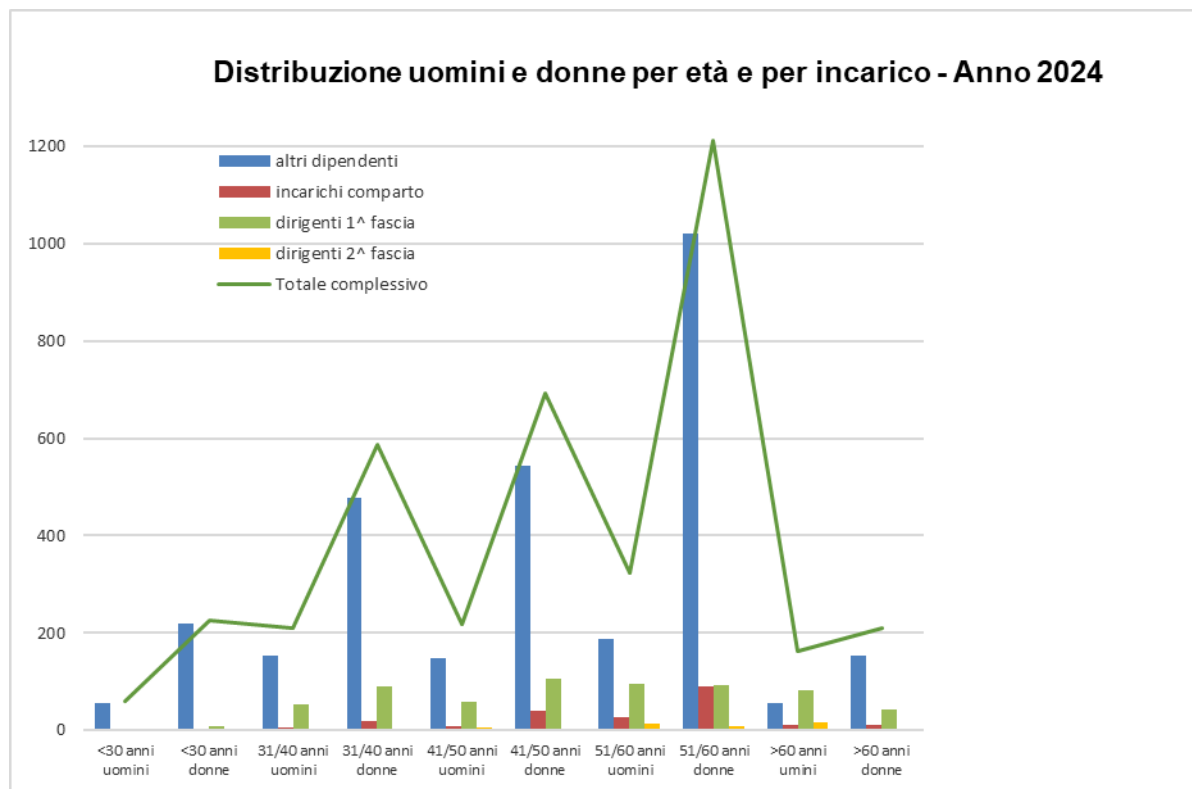
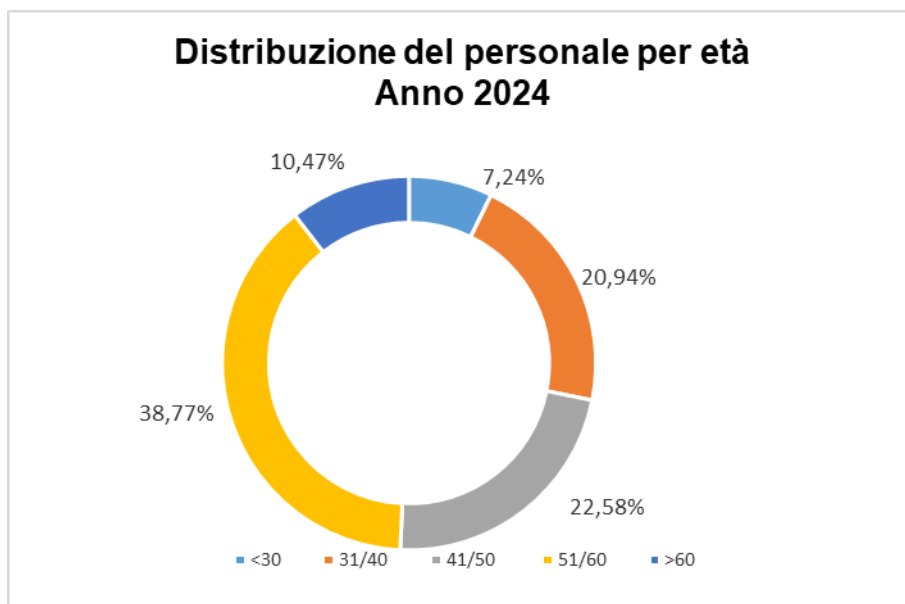
Il CUG presieduto da una dirigente di “genere femminile” è composto da un numero totale di 24 componenti, designati in modo paritetico dall'amministrazione e dalle organizzazioni sindacali più rappresentative.

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.

Al 31 dicembre 2024, pertanto la **situazione del personale complessivo dipendente**, presenta la seguente **distribuzione di genere** e l’andamento nel periodo 2015-2024, come segue:



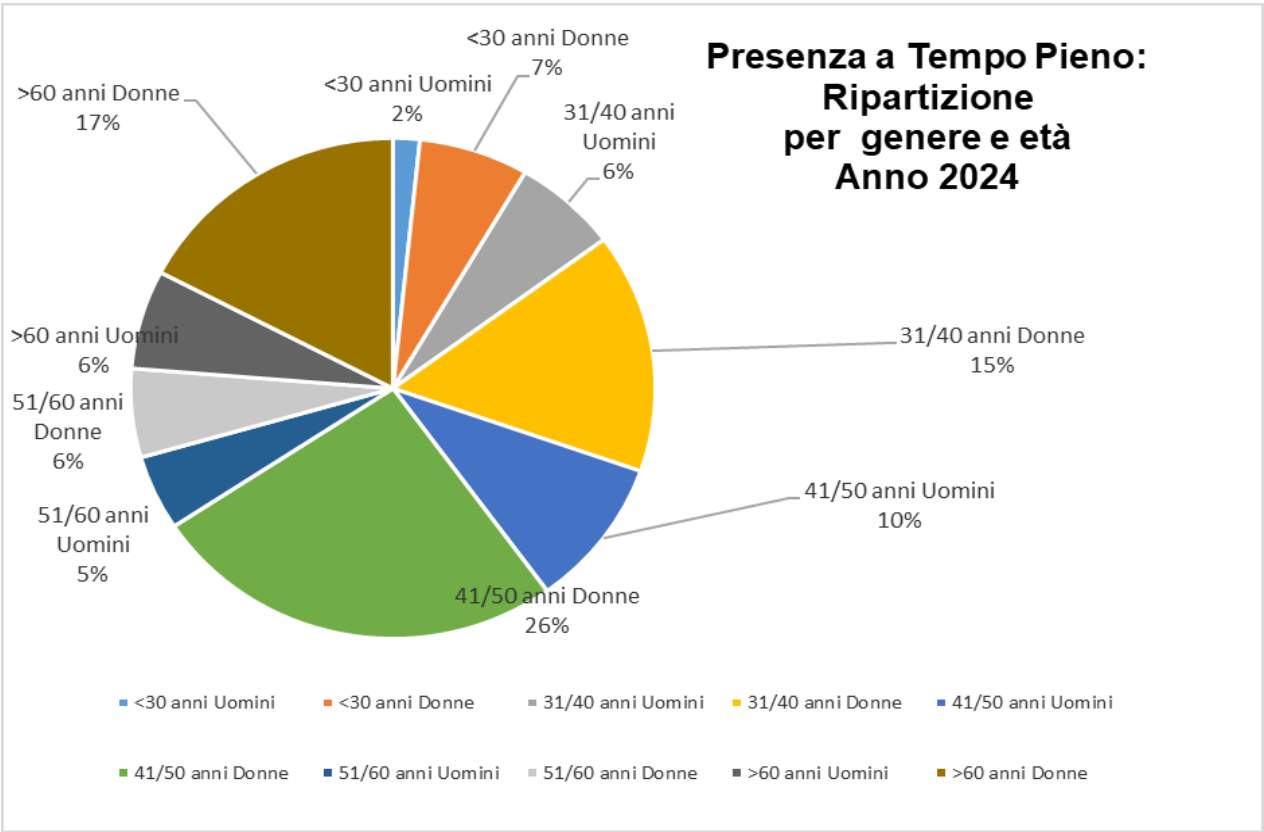
Al 31 dicembre 2024, la **situazione del personale dipendente**, suddivisa per **target di età** può essere rappresentata graficamente così:

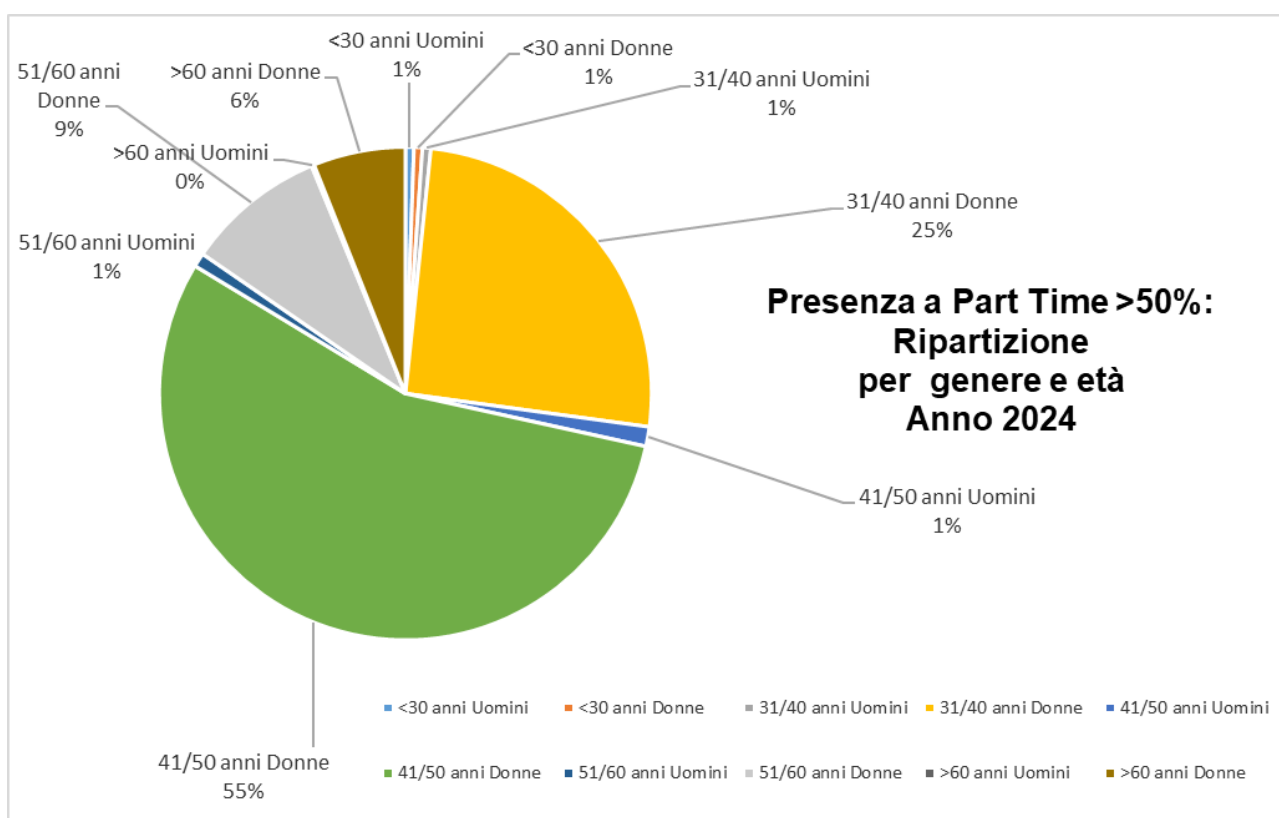
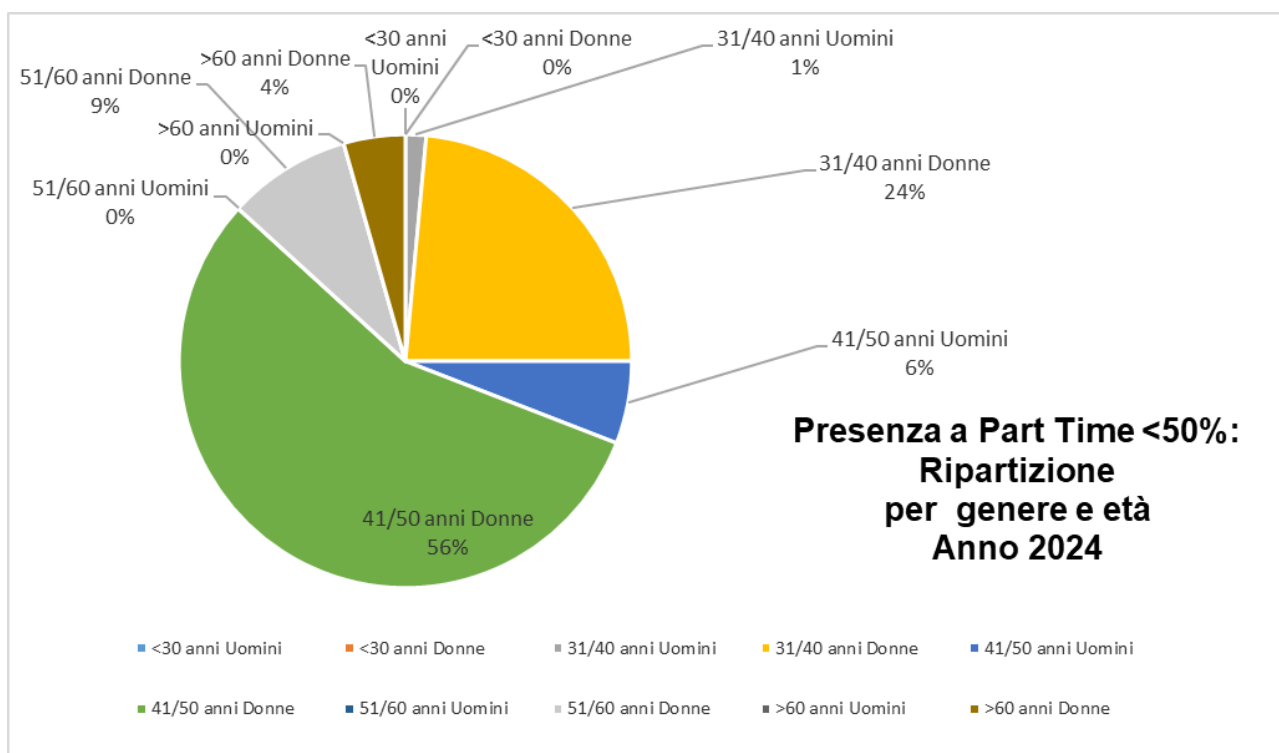


Seguono le ulteriori tabelle fornite, ai sensi della Direttiva vigente, dall'ufficio risorse umane sulla distribuzione del personale per genere e in particolare:

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

| | UOMINI (anni) | | | | | | | DONNE (anni) | | | | | | |
|--------------------|---------------|-----|-------|-------|-------|------|-----|--------------|-----|-------|-------|-------|------|-----|
| | <30 | >60 | 31/40 | 41/50 | 51/60 | Tot. | % | <30 | >60 | 31/40 | 41/50 | 51/60 | Tot. | % |
| Part Time <50% | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 5 | 1 | 0 | 3 | 16 | 38 | 6 | 63 | 2 |
| Part Time >50% | 3 | 1 | 3 | 7 | 5 | 19 | 2 | 3 | 33 | 139 | 301 | 50 | 526 | 18 |
| Tempo Pieno | 54 | 210 | 212 | 317 | 159 | 952 | 98 | 222 | 569 | 509 | 844 | 188 | 2332 | 80 |
| Totale complessivo | 57 | 211 | 216 | 328 | 164 | 976 | 100 | 225 | 605 | 664 | 1183 | 244 | 2921 | 100 |
| Tot. % | 6 | 22 | 22 | 34 | 17 | 100 | | 8 | 21 | 23 | 40 | 8 | 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 | 50 | 142 | 192 |
| Totale personale dipendente | 976 | 2.921 | 3.897 |
| % incarichi comparto su Tot. personale dipendente | 5,12% | 4,86% | 4,92% |

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

| | UOMINI (anni) | | | | | | | DONNE (anni) | | | | | | |
|---------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------|--------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|--------|
| | <30 | >60 | 31/40 | 41/50 | 51/60 | Tot. | Tot. % | <30 | >60 | 31/40 | 41/50 | 51/60 | Tot. | Tot. % |
| Inferiore a 3 anni | 47 | 109 | 65 | 35 | 7 | 263 | 27 | 165 | 201 | 89 | 60 | 10 | 525 | 18 |
| Tra 3 e 5 anni | 0 | 17 | 107 | 277 | 154 | 555 | 57 | | 112 | 476 | 1072 | 229 | 1889 | 65 |
| Tra 5 e 10 anni | 9 | 43 | 18 | 7 | | 77 | 8 | 55 | 140 | 46 | 21 | 1 | 263 | 9 |
| Superiore a 10 anni | 1 | 42 | 26 | 9 | 3 | 81 | 8 | 5 | 152 | 53 | 30 | 4 | 244 | 8 |
| Totale complessivo | 57 | 211 | 216 | 328 | 164 | 976 | 100 | 225 | 605 | 664 | 1183 | 244 | 2921 | 100 |
| Totale % | 6 | 22 | 22 | 34 | 17 | 100 | | 8 | 21 | 23 | 40 | 8 | 100 | |

DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI OMNICOOMPRESIVE 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 | 141.077,00 | 141.077,00 | 0,00 | 100,00 |
| DIRIGENTI CON INCARICO SS e SSD | 109.203,28 | 109.203,28 | 0,00 | 100,00 |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|------|--------|
| DIRIGENTI ALTRI INCARICHI O SENZA | 96.719,35 | 96.719,35 | 0,00 | 100,00 |
| COMPARTO area professionisti della salute e funzionari con incarico | 42.711,49 | 42.711,49 | 0,00 | 100,00 |
| COMPARTO area professionisti della salute e funzionari | 35.967,55 | 35.967,55 | 0,00 | 100,00 |
| COMPARTO area degli assistenti | 29.604,37 | 29.604,37 | 0,00 | 100,00 |
| COMPARTO area degli operatori | 28.080,19 | 28.080,19 | 0,00 | 100,00 |
| COMPARTO area del personale di supporto | 22.775,32 | 22.775,32 | 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 | 55 | 17 | 36 | 10 | 91 | 13 |
| Specializzazione Post Laurea | 268 | 83 | 326 | 90 | 594 | 87 |
| Master di I livello | * | * | * | * | * | * |
| Master di II livello | * | * | * | * | * | * |
| Dottorato di ricerca | * | * | * | * | * | * |
| Totale personale | 323 | 100 | 362 | 100 | 685 | 100 |
| % sul personale complessivo | 47 | | 53 | | 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

| | UOMINI | | DONNE | | TOTALE | |
|--------------------------------|------------------------|------------|------------------------|------------|------------------------|------------|
| TITOLO DI STUDIO | Valori assoluti | % | Valori assoluti | % | Valori assoluti | % |
| Inferiore al Diploma superiore | 82 | 13 | 235 | 9 | 317 | 10 |
| Diploma di scuola superiore | 239 | 37 | 930 | 36 | 1169 | 36 |
| Laurea | 293 | 45 | 1302 | 51 | 1595 | 50 |
| Laurea magistrale | 38 | 6 | 92 | 4 | 130 | 4 |
| Specializzazione Post Laurea | * | * | * | * | * | * |
| Master di I livello | * | * | * | * | * | * |
| Master di II livello | * | * | * | * | * | * |
| Dottorato di ricerca | * | * | * | * | * | * |
| Totale personale | 653 | 100 | 2559 | 100 | 3212 | 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.

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 | 61 | 50,41 | 60 | 49,59 | 121 | 100,00 | 17 | 19 |
| Totale personale | 61 | 100 | 60 | 100 | 121 | 100 | 17 | 19 |
| % sul personale complessivo | | 50,41 | | 49,59 | | 100,00 | 14,05 | 15,70 |

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

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

Nel corso del 2024 sono state effettuate le seguenti azioni:

| | |
|---|---|
| Contro le discriminazioni; pari opportunità | <p>Promuovere la partecipazione dell'Azienda a progetti locali, nazionali ed europei sulle pari opportunità, sulle politiche di valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.</p> <p>Creare e potenziare le sinergie ed il confronto con altri soggetti pubblici e non, al fine di realizzare progetti comuni in materia, mediante la mappatura di enti pubblici o privati.</p> <p>Partecipazione alle riunioni e iniziative promosse dal Comune di Cuneo</p> <p>Partecipazione alle riunioni e iniziative promosse dal Comune di Savigliano</p> <p>Percorso "In rete contro la violenza di genere" quattro giornate seminariali.</p> <p>Saluzzo 30 settembre 2024 "IN RETE CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE: La riforma Cartabia e il Codice Rosso"</p> <p>Savigliano 22 ottobre 2024 "LA GESTIONE DEL TRAUMA SUI MINORI VITTIME DI VIOLENZA ASSISTITA"</p> <p>Mondovì 12 novembre 2024 "LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E LA TRATTA"</p> <p>Cuneo 2 dicembre 2024 "MAN IN PROGRESS: il lavoro con gli autori di violenza"</p> <p>Partecipazione alla riunione con il CUG del Comune di Savigliano per sincronizzare le iniziative sul territorio e creare nuove sinergie.</p> |
| Benessere organizzativo | <p>Nel 2024 si è proseguito nella progettazione di interventi di promozione della salute attivando 5 edizioni di corsi Mindfulness di primo livello presso le sedi di Mondovì, Borgo San Dalmazzo, Saluzzo e Savigliano e 1 edizione di approfondimento nella sede di Saluzzo</p> |

b) Differenziali retributivi uomo/donna

In riferimento al valore medio della retribuzione annua netta inclusa retribuzione di risultato e retribuzione variabile al 31 dicembre dell'anno di riferimento dei/delle titolari di posizioni organizzative si rimanda alla TABELLA DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI OMNICOMPRESIVE PER IL PERSONALE A TEMPO PIENO, SUDDIVISE PER GENERE NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO che evidenzia in particolare la media delle retribuzioni omnicomprensive per il personale a tempo pieno, suddivise per genere nei livelli di inquadramento.

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

Nella fattispecie si rimanda alla TABELLA COMPOSIZIONE DI GENERE DELLE COMMISSIONI DI CONCORSO che restituisce per le commissioni nominate sull'anno il numero e la percentuale di uomini e donne in qualità di componenti e/o presidenti.

d) Fruizione per genere della formazione e rilevazione del genere nelle schede di valutazione, come da tabella seguente:

FRUIZIONE DELLA FORMAZIONE SUDDIVISO PER GENERE, LIVELLO ED ETA'

| Tipo Formazione | 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 | % |
| Obbligatoria (sicurezza) | 1144 | 3951 | 4046 | 4793 | 2389 | 16323 | 79 | 5633 | 15850 | 16917 | 24299 | 3505 | 66204 | 90 |
| Aggiornamento professionale | 142 | 1169 | 1057 | 1414 | 672 | 4454 | 21 | 377 | 1988 | 2270 | 2012 | 736 | 7383 | 10 |
| Competenze manageriali/Relazionali | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tematiche CUG | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Violenza di genere | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Altro (specificare) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Totale ore | 1286 | 5120 | 5103 | 6207 | 3061 | 20777 | 100 | 6010 | 17838 | 19187 | 26311 | 4241 | 73587 | 100 |
| Totale ore % | 6 | 25 | 25 | 30 | 15 | 100 | | 8 | 24 | 26 | 36 | 6 | 100 | |

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 2024 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 09/01/2024, 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 24 febbraio 2024 per far pervenire le relazioni alla S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi. Nel corso dei primi mesi dell'anno 2025, 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 14/03/2025 e 24/03/2025, 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 134 del 01/04/2025, 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 30/06/2025 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 2024. 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 2025.

Nell'ottica di armonizzare i contenuti della performance con le tematiche della trasparenza e

dell'anticorruzione, nel corso del 2024 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 2024", trasmesso in data 17/04/2025 Prot. 53569 al Direttore Generale dell'ASL CN1, all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica e pubblicato sul sito internet istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente" → Controlli e rilievi sull'amministrazione.

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

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

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

7. Allegati

- Delibera n. 134 del 01/04/2025 “Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del 2024 da parte delle strutture dell’ASL CN1”;
- Verifica Finale Budget 2024 – Obiettivi per struttura;
- Relazione del CUG sulla situazione del personale_anno 2024.