

IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1

(In attuazione del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i. e della D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013)



ANNO 2025

Indice

1. PREMESSA.....	5
1.1 Normativa di riferimento.....	5
1.2 La performance e le sue dimensioni.....	7
1.2.1 <i>La Valutazione partecipativa</i>	14
1.2.1.1 <i>Il gruppo di lavoro per la gestione della Valutazione Partecipativa</i>	15
1.2.1.2 <i>Le iniziative sul territorio</i>	18
2. PRESENTAZIONE DEL SISTEMA	21
2.1 La misurazione della performance	21
2.2 Il Sistema di misurazione della performance	25
2.3 Il Ciclo di gestione della performance	29
3. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	37
3.1 La misurazione e la valutazione della performance organizzativa.....	37
3.2 La misurazione e la valutazione della performance individuale	39
4. LE PROCEDURE DI CONCILIAZIONE.....	42
5. RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I SISTEMI DI CONTROLLO E I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E BILANCIO	43
6. AGGIORNAMENTO DEI CONTENUTI.....	43
7. PUBBLICITÀ.....	44
8. ALLEGATI.....	44

*"Chi cade e si rialza è più forte di chi non ha mai provato.
Non temete di non riuscire, ma piuttosto temete di non averci provato"*
(Roy T. Bennett)

1. PREMESSA

1.1 Normativa di riferimento

Il presente documento intende soddisfare al dettato normativo e al principio ispiratore di riferimento principale del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, modificato con D. Lgs. 74 del 25 maggio 2017, con particolare riferimento alla necessità di aggiornamento annuale.

Ai sensi degli art. 16 e 31 del decreto, gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, hanno dovuto adeguarsi ai principi di cui all'art. 3 (principi generali su misurazione, valutazione e trasparenza), art. 4 (ciclo di gestione della performance), art. 5 comma 2 (caratteristiche degli obiettivi), art. 7 (sistema di misurazione e valutazione della performance), art. 9 (ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale), art. 15 comma 1 (responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo sulla promozione della cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e della integrità).

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013 ha fornito le linee di indirizzo per le Aziende e gli Enti del Sistema Sanitario Regionale per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.V.) in applicazione al D. Lgs. 150/2009 e s.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il Piano ed il Ciclo di Gestione della Performance.

Pertanto le principali norme di riferimento sono:

- D. Lgs. 150 del 27/10/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, modificato con D. Lgs 74 del 25 maggio 2017;
- D. Lgs. 502 del 30/12/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e s.m.i.;
- D. Lgs. 229 del 19/06/1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- D. Lgs. 286 del 30/07/1999 “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59”;
- Legge 190 del 06/11/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- D. Lgs. 33 del 14/03/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni”;
- D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013 “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 e s.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione”;

- D.P.R. n. 105 del 9 maggio 2016 “Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della *performance* delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibere della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle amministrazioni pubbliche, ora Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.):
 - n. 89/2010 “Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (artt. 13, comma 6 lett. d) e 30, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”;
 - n. 104/2010 “Definizione dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010”;
 - n. 112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance (art. 10, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”;
 - n. 113/2010 “In tema di applicazione del D. Lgs. 150/2009 e della delibera n. 88/2010 agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
 - n. 114/2010 “Indicazioni applicative ai fini della adozione del Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 30, comma 3, del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150)”;
 - n. 22/2011 “Indicazioni relative allo sviluppo dell’ambito delle pari opportunità nel ciclo di gestione della performance”;
 - n. 1/2012 “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance”;
 - n. 4/2012 “Linee guida relative alla redazione della Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull’Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all’integrità”;
 - n. 5/2012 “Linee guida ai sensi dell’art. 13, comma 6, lettera b) del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto”;
 - n. 6/2012 “Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla performance”;
 - n. 6/2013 “Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013”;
 - n. 23/2013 “Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni”;
 - n. 2/2017 “Linee guida per il sistema di misurazione e Valutazione della Performance”
 - n. 4/2019 “Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche”;
 - n. 5/2019 “Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale”
 - direttiva del 28/11/2023 del Ministro della Pubblica Amministrazione “*Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale*”.
- Si richiamano le vigenti disposizioni contrattuali del personale del comparto e delle aree dirigenziali per quanto attiene alla valutazione del personale, e in particolare i seguenti contratti:
 - Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del Personale del Comparto del 02/11/2022 e precedenti CC.CC.NN.LL. ancora vigenti in materia;
 - Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Dirigenza Area Sanità del 23/01/2024 (Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria) e precedenti CC.CC.NN.LL. ancora vigenti in materia;

- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) Dirigenza Area Funzioni Locali del 16/07/2024 (Dirigenza PTA) e precedenti CC.CC.NN.LL. ancora vigenti in materia;
- Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) del Personale del Comparto del 03/02/2009;
- Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) Dirigenza medica veterinaria del 04/02/2009;
- Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) Dirigenza sanitaria professionale tecnica amministrativa del 11/06/2009;
- Accordi aziendali:
 - Dirigenza medica e veterinaria 18/11/2019;
 - Dirigenza sanitaria 10/10/2019;
 - Dirigenza Area Sanità 22/02/2021, 19/05/2021, 04/11/2022, 17/11/2022 e 22/01/2024;
 - Dirigenza professionale tecnica amministrativa 15/10/2019;
 - Dirigenza Area Funzioni Locali 27/10/2021 e 29/11/2023;
 - Personale del Comparto 13/12/2018, 07/05/2019, 17/06/2021 e 22/09/2023.

1.2 La performance e le sue dimensioni

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (di seguito SMVP) è definito dall'ASL CN1 in applicazione alle linee guida regionali, ai sensi dei Contratti Nazionali di Lavoro vigenti e nel rispetto del dettato del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i..

L'oggetto del Sistema è la performance, intesa come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL CN1 e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance delle Pubbliche Amministrazioni consente di migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze. La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia, perché può rendere l'organizzazione capace di:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse sia i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'*accountability* e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Misurare, mette le organizzazioni e le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attiva il cambiamento, riduce la tendenza al *satisficing*, ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato. In poche parole, misurare bene le proprie performance può consentire all'azienda sanitaria di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza, dall'accontentarsi di risultati soddisfacenti alla ricerca continua del miglioramento.

Appare evidente come in questa prospettiva misurare le performance sia un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire. E quindi creare benessere organizzativo. E quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e, di conseguenza, la performance complessiva aziendale.

In merito si fa riferimento anche alla Direttiva in materia di misurazione e valutazione della performance individuale per l'Area e il Comparto Sanità sottoscritta dal Ministro per la Pubblica Amministrazione insieme al Ministro della Salute il 28 ottobre 2025. In essa vengono messi in evidenza due aspetti peculiari dell'ambito sanitario, che impattano direttamente sui sistemi di valutazione del personale: da un lato, il consolidato utilizzo del budget quale strumento organizzativo fondamentale per la gestione del processo di programmazione e controllo, anche con riferimento alla definizione degli obiettivi da perseguire, peraltro derivanti dalle priorità definite formalmente dalle Regioni e tipicamente caratterizzati da indicatori di performance strutturati e monitorati mediante sistemi informativi standardizzati; dall'altro l'articolazione del sistema di valutazione in due momenti differenti, ma sinergici, ossia la valutazione annuale delle performance e la valutazione periodica degli incarichi, con specifiche previsioni contrattuali in termini di modalità attori e contenuti di valutazione.

Da questi aspetti discendono alcune caratteristiche:

- la necessità di correlare la performance individuale e organizzativa, definendo con chiarezza il legame tra la valutazione del singolo dirigente e gli obiettivi complessivi dell'organizzazione e/o della struttura organizzativa in cui opera;
- il continuo integrarsi tra le diverse tipologie di valutazione, per cui il sistema di valutazione deve essere coerente e integrato, in modo da supportare una gestione efficace delle risorse umane;
- l'adattamento delle valutazioni nei Sistemi di misurazione e valutazione delle performance (SMVP) al fine di assicurare una valutazione adeguata e su misura, attraverso motivazioni dettagliate e momenti strutturati di confronto, come il monitoraggio in itinere e la rappresentazione conclusiva dei risultati;
- il concetto di possibile valutazione negativa che viene definita attraverso i limiti del target e con i criteri e le regole che sono stabiliti all'interno del SMVP.

La valutazione dei dirigenti attiene quindi alla verifica dei risultati conseguiti anche in relazione al contributo di ciascuno di essi alla realizzazione della performance organizzativa/individuale in rapporto all'incarico conferito ed agli obiettivi ad essi assegnati in sede di negoziazione di budget. Tale verifica può riguardare anche gli aspetti qualitativi delle prestazioni erogate e in generale delle attività svolte dai dirigenti.

Come evidenziato nella Direttiva citata, nella valutazione del conseguimento degli obiettivi potrà essere considerata anche la qualità clinica delle prestazioni mediche o sanitarie, ovvero, a titolo esemplificativo, potranno essere oggetto di verifica, secondo le evidenze scientifiche, l'applicazione e/o la gestione di protocolli o linee guida o eventuali tecniche anche individuate da società scientifiche che dovessero essere state oggetto di indirizzi specifici, sempre nell'ambito degli obiettivi assegnati, da parte del direttore del Dipartimento o della struttura complessa di appartenenza.

Potranno essere valutati anche aspetti comportamentali oggettivabili del dirigente, seppure sempre nell'ambito degli obiettivi ad esso assegnati, con particolare riguardo alla collaborazione con gli altri dirigenti che cooperino nell'ambito della performance organizzativa alla realizzazione di tali obiettivi, all'impegno profuso in tale contesto e al rapporto con l'utenza che fruisce delle prestazioni.

Ulteriore aspetto peculiare delle Aziende sanitarie riguarda la pluralità dei CCNL applicati al personale dipendente, e in particolare:

- Dirigenza sanitaria
- Dirigenza professionale tecnica ed amministrativa
- Personale del comparto Sanità

Per essi è in generale opportuno predisporre sistemi di valutazione coerenti a livello aziendale in termini di strumenti, tempistiche, ruoli, ecc. sia per un'evidente esigenza di linearità organizzativa sia per assicurarne l'allineamento con il Sistema aziendale di misurazione e valutazione delle performance, ossia con il processo di programmazione e controllo attuato sulla base del budget aziendale.

In sanità si è passati da sistemi di valutazione dell'efficienza organizzativa secondo una logica prettamente finanziaria, a strumenti di *clinical governance* con cui si intende una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale e, quindi, di valutazione e management della performance clinica, basandosi sulle indicazioni provenienti dall'*Evidence Based Medicine* (EBM) e su altre fonti di standard comportamentali (linee guida, protocolli delle società scientifiche, percorsi elaborati a livello aziendale, ecc.). In molti ambiti però non esistono standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore rispetto all'anno precedente. Negli ultimi anni però si stanno definendo a livello nazionale e regionale dei sistemi che consentono il confronto e il *benchmarking* a cui è quindi possibile fare riferimento nella definizione degli indicatori e degli standard anche a livello di performance aziendale.

In particolare l'ASL CN1 utilizza da anni indicatori e standard che provengono da diverse tipologie di sistemi, quali:

- gli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019 che sono 88 e sono distribuiti per macro-aree: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, 33 per l'assistenza distrettuale, 24 per l'assistenza ospedaliera, 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario, 1 indicatore di equità sociale, 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto); all'interno del NSG 22 indicatori CORE, in sostituzione della Griglia Lea sono utilizzati per valutare sinteticamente (secondo le tre macro aree, prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- le misure annuali del Programma Nazionale Esiti di AGENAS (iniziate nel 2010 dopo una sperimentazione nel Lazio e poi estese a livello nazionale) che sono strumenti di supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale e riguardano indicatori di esito delle cure, valutando

- sia le funzioni di produzione degli ospedali, sia le funzioni di tutela e committenza, con riferimento alle aree di residenza e ai tassi di spadalizzazione;
- gli indicatori definiti annualmente dall'Assessorato regionale, che fanno riferimento anche ai sistemi citati precedentemente;
 - gli indicatori previsti negli obiettivi di mandato della Direzione Generale;
 - il sistema di programmazione e monitoraggio della gestione delle risorse del SSR triennio 2025-2027, definito dalla Regione Piemonte con la DGR 26-801 del 17/02/2025, con i programmi aziendali di riorganizzazione, riqualificazione e/o potenziamento del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda Sanitaria CN1 sin dalla sua costituzione utilizza un sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel ciclo di budget, che indirizza e orienta i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui; coglie l'opportunità della definizione del SMVP per una strutturazione dei processi e degli strumenti utilizzati, esplicitandoli in adeguamento alla normativa citata.

Il SMVP dell'Azienda Sanitaria Locale CN1, in quanto parte integrante del Sistema Sanitario Regionale del Piemonte, è fortemente integrato con la *mission* aziendale, che è innanzitutto quella di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di competenza, mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie, gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

I valori fondamentali dell'organizzazione sono: la centralità del cittadino, lo sviluppo di una cultura della salute orientata verso corretti stili di vita, la promozione di attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in relazione alla domanda sanitaria e socio-sanitaria.

L'Azienda Sanitaria Locale CN1 è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del sistema sanitario della Regione Piemonte. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida: il rispetto della persona, la sua centralità e la priorità dei suoi bisogni; l'equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell'Azienda; l'etica professionale e la qualità clinico-professionale; l'appropriatezza delle prestazioni; l'orientamento all'innovazione per allineare l'azione aziendale all'evoluzione dei fabbisogni e della domanda, la produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero; il coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi nella realizzazione della *mission*, attraverso la condivisione delle responsabilità e il correlato ricorso alla delega, nel rispetto della compatibilità tra le risorse disponibili e il costo dei servizi offerti e dal principio di legalità.

L'Azienda svolge la funzione di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti con essa accreditati.

L’Azienda ricerca sinergie con la rete degli altri soggetti pubblici, Enti locali, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di categoria, finalizzate all’attivazione di progettualità idonee a migliorare la qualità dei servizi sul proprio territorio, la continuità dell’assistenza, la presa in carico degli utenti, per orientarli e coinvolgerli nelle scelte del proprio percorso di cura, sostenendone la libertà di scelta.

L’Azienda garantisce, nel rispetto della normativa vigente, le tutele e la valorizzazione per le persone che lavorano in Azienda, la semplificazione amministrativa, la comunicazione e l’informazione.

L’Azienda prosegue in un percorso di approccio alle politiche green e di efficientamento energetico attraverso progetti di divulgazione di buone pratiche di utilizzo intelligente delle fonti di energia, attraverso il progetto del green operative room, nonché al corretto smaltimento dei rifiuti. Quando si parla di sviluppo sostenibile non si può non fare riferimento all’Agenda 2030 che è il programma d’azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 da 193 Paesi membri dell’ONU. L’Agenda è articolata in 17 Obiettivi, (*Sustainable Development Goals – SDG’s*), declinati a loro volta in 169 target, da raggiungere idealmente entro il 2030. Coprono una serie di tematiche legate allo sviluppo sostenibile, dalla sfera economica a quella sociale, politica e ambientale. L’Obiettivo numero 3, in particolare, tratta di salute, racchiudendo diversi target nello slogan “*Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età*”. Secondo l’approccio promulgato dall’Agenda 2030 infatti, la salute è strettamente correlata al contesto sociale, economico e culturale nel quale è inserita e, di conseguenza, un suo sviluppo sostenibile non può prescindere da questi fattori. Anche gli investimenti previsti dal PNRR sono definiti seguendo lo schema dell’Agenda e quindi hanno dato nuove opportunità per operare in tema di sostenibilità; nello stesso modo si sviluppano diverse progettualità della sanità portate avanti sia nell’ambito della ricerca scientifica e della formazione, sia nell’ambito degli sviluppi e delle innovazioni tecnologiche e organizzative.

L’ASLCN1 nell’ottica del sistema *One Health*, che riconosce che la salute umana, la salute animale e la salute dell’ecosistema siano legate in maniera indissolubile, intende coinvolgere i Dipartimenti aziendali nel percorso di sostenibilità al fine di garantire qualità ed efficienza delle prestazioni erogate. Tra le azioni perseguite e da perseguire nel futuro, si segnalano come di interesse aziendale l’uso razionale delle risorse naturali, la prevenzione tramite la promozione di stile di vita sostenibili, gli acquisti verdi, i progetti per la salute e sicurezza sul lavoro e la gestione sostenibile dei rifiuti. L’indicatore per misurare la sostenibilità si declina, a livello aziendale, nella performance organizzativa con indicatori che afferiscono alla quantità, qualità ed appropriatezza dell’assistenza sanitaria offerta rispetto ai bisogni del territorio, indicatori economico finanziari e altri indicatori riferiti alla parità di genere e al benessere organizzativo.



Poiché il contributo alla performance può essere apportato da ogni soggetto del sistema o in modo individuale o come parte di una unità organizzativa, la performance viene distinta in due livelli strettamente correlati tra loro, la performance organizzativa e la performance individuale:

- 1) il livello organizzativo, che considera l’Azienda nel suo complesso (Dipartimenti e le relative strutture organizzative);
- 2) il livello individuale, sia per il personale appartenente all’area dirigenziale sia per il personale appartenente all’area del comparto.

Il ruolo dei Direttori di Dipartimento riveste un percorso in crescita, in continuo adattamento e adeguamento rispetto alle dinamiche aziendali, alle peculiarità dell’ASL CN1. Si vuole, procedendo in questa direzione, leggere le esigenze e le necessità emergenti con la lente di chi in primis le vive quotidianamente, non riducendo, quindi, l’obiettivo a mero adempimento normativo-amministrativo, ma come mezzo per valorizzare, avviare, accrescere, migliorare, integrare, tutto ciò di cui l’Azienda necessita, in un’ottica sempre più sfidante. Un’impostazione iterativa che ricerca il miglioramento continuo attraverso la pianificazione, l’attuazione, la valutazione e il miglioramento, che non sono altro che i quattro passaggi che costituiscono il famoso ciclo di Deming (PDCA – Plan – Do - Check - Act), e che costituiscono il *core* dell’ASL CN1, nella sua visione anticipatoria verso i bisogni emergenti.

Il Direttore del Dipartimento, in qualità anche di Componente del Collegio di Direzione, attraverso il sistema degli obiettivi condivide la programmazione aziendale e viene quindi responsabilizzato nel raggiungimento degli obiettivi della Direzione sia per quanto riguarda la Struttura direttamente gestita, sia per il coordinamento delle Strutture afferenti al Dipartimento, rispondendone in un rapporto di collaborazione reciproca (l’obiettivo della “Collaborazione alla Direzione Generale” richiederà quindi la supervisione delle Strutture afferenti al Dipartimento, che ne risponderanno simmetricamente al Direttore del Dipartimento).

Il Direttore di Dipartimento ha il compito inoltre di analizzare le proposte di obiettivo delle Strutture afferenti, eventualmente confrontandosi a livello di riunione dipartimentale (anche con il supporto della SS Ciclo della Performance e Progetti Innovativi) prima della trasmissione alla Direzione Generale ai fini dell'ammissione al sistema complessivo di budget.

L'Atto Aziendale vigente è stato recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 6-7419 del 04/09/2023 "Atti aziendale delle AA.SS.RR.- ASL CN1 – Atto n. 129 del 31/03/2023 integrato con atto n. 184 del 22/05/2023 "Atto aziendale ASL CN1 , di cui alla deliberazione n. 259 del 10/11/2015 e s.m.i.. 8 variante". Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03/04/2012, all. A, par.5.1.4274".

Con Deliberazione n. 259 del 27/08/2025 è stata trasmessa alla Regione Piemonte la 9^a variante dell'atto aziendale. Tale modifica si è resa necessaria a seguito dell'emissione, da parte della Regione, di provvedimenti che incidono sull'assetto organizzativo aziendale, nonché per migliorare l'attività e razionalizzare l'utilizzo delle risorse. Le variazioni proposte si riferiscono all'Allegato "A" - Atto Aziendale, all'Allegato "B" – Organigramma e all'Allegato "C" – Piano di Organizzazione, con la modifica di alcune funzioni delle Strutture. Tale procedimento si è concluso con il provvedimento da parte della Regione Piemonte, DGR 32-1879 del 24/11/2025, che ha recepito le modifiche organizzative apportate.

A proposito del primo punto (livello organizzativo) si osserva che l'articolazione organizzativa dell'ASL CN1, a cui si fa riferimento per i processi legati alla performance, tenuto conto che l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale (consultabile presso il sito internet istituzionale), si basa su:

- Dipartimenti che raggruppano diverse Strutture
- Strutture Complesse (SC)
- Strutture Complesse Interaziendali (SCI)
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) in staff ai Dipartimenti e Strutture Semplici in staff alla Direzione Aziendale
- Strutture Semplici (SS)
- Strutture Semplici Interaziendali (SSI)
- Gruppi di Progetto (se presenti)

La valutazione della performance organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative ed équipe professionali individuate quali Centri di Negoziazione del Budget dall'Azienda e a cui è attribuita una qualche misura di autonomia gestionale e conseguentemente responsabilità di budget; oggetto della valutazione è infatti il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di budget.

Per quanto riguarda il secondo punto (livello individuale), la valutazione della performance individuale si rivolge a tutti i dipendenti, Dirigenza e Comparto, che vengono valutati dai Loro diretti Responsabili, secondo il sistema che viene descritto di seguito (paragrafo 3.2).

La formalizzazione del SMVP per l'Azienda assolve, quindi, ad una pluralità di scopi:

- a) migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e attuazione degli obiettivi;
- b) introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;

- c) rappresentare, misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi (trasparenza e *accountability*).

A questo proposito, il SMVP prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata “Amministrazione trasparente” dei documenti previsti dalla normativa (Piano della Performance sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione), Relazione annuale sulla performance, lo stesso SMVP, le tabelle retributive della premialità, i nominativi e i curricula dei componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione).

Con la finalità di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione nelle fasi di attuazione e monitoraggio degli obiettivi, sono pubblicati sul sito intranet aziendale, accessibile a tutto il personale dipendente, la documentazione integrale relativa all’assegnazione degli obiettivi e la modulistica relativa al processo di budget.

1.2.1 La Valutazione partecipativa

Va sottolineato che il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance delle Pubbliche Amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e innovazione. In particolare, è presupposto di riferimento l’esistenza dentro l’Azienda di una cultura e una prassi orientate a misurare e valutare l’efficacia delle politiche (attraverso opportuni indicatori di *outcome*) che l’azione aziendale genera sulla comunità di riferimento: la cosiddetta valutazione partecipativa viene intesa come impegno nel tempo, con continuità e disponibilità di risorse, professionali e immateriali, prevedendo progressivamente il coinvolgimento degli *stakeholders* e dei cittadini, nella diagnosi dei servizi offerti e dei processi di supporto, cercando interdipendenze e sovrapposizioni, tenendo conto dei vincoli tecnici ed organizzativi, individuando gruppi di miglioramento, impostando obiettivi di miglioramento maggiormente sensibili per i cittadini, producendo il bilancio sociale e di missione.

L’art. 19 bis D. Lgs 150/2009 (modificato dal D. Lgs 74/2017) riferisce testualmente:

1. *Partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali I. 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.*
2. *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, secondo quanto stabilito dall’articolo 8, comma 1, lettere c) ed e).*
3. *Gli utenti interni alle amministrazioni partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative in relazione ai servizi strumentali e di supporto secondo le modalità individuate dall’Organismo indipendente di valutazione.*
4. *I risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti di cui ai commi da 1 a 3 sono pubblicati, con cadenza annuale, sul sito dell’amministrazione.*
5. *L’organismo indipendente di valutazione verifica l’effettiva adozione dei predetti sistemi di rilevazione, assicura la pubblicazione dei risultati in forma chiara e comprensibile e ne tiene conto*

ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e in particolare, ai fini della validazione della Relazione sulla performance di cui all'articolo 14, comma 4, lettera c).

Con deliberazione n. 501 del 20/07/2021, nell'ASL CN1 è stato istituito il gruppo di lavoro per la gestione della "valutazione partecipativa" i cui compiti sono:

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

In base alle L.G. 4/2019 è definito un modello di valutazione partecipativa caratterizzato per le seguenti scelte metodologiche fondamentali:

- l'approccio partecipativo è inteso nella maniera più ampia possibile e riguarda tutto il ciclo della performance: dalla fase di programmazione fino a quella della valutazione;
- il coinvolgimento si estende, con forme diverse, alle categorie di stakeholder individuate;
- la partecipazione può riguardare attività/servizi ritenuti prioritari.

La partecipazione rispetta i seguenti principi fondamentali:

- è *inclusiva*, consentendo la partecipazione a tutti gli stakeholder (sono stakeholder, oltre agli utenti, anche altre amministrazioni pubbliche o la collettività, incluse le istituzioni pubbliche di vario livello, i gruppi organizzati quali associazioni di utenti o cittadini, associazioni di categoria, sindacati, associazioni del territorio, associazioni culturali, ambientali, sociali, oppure gruppi non organizzati, imprese, enti *no profit*, cittadini e collettività, mass media).
- è *effettiva*, perché ha un effetto sui processi decisionali inerenti il ciclo di gestione della performance
- è *verificabile*, in quanto tutti i dati e le informazioni prodotte dovranno essere messe a disposizione dell'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) affinché possano essere oggetto di verifica indipendente;
- è *trasparente*, garantendo una pubblicità delle modalità e degli esiti del processo di valutazione;
- è *annuale*, infatti il coinvolgimento dovrà avvenire, pur con forme diverse, ogni anno;
- è *un processo graduale*, ovvero un processo che a partire da una prima attuazione, eventualmente anche più limitata, deve garantire un miglioramento progressivamente nel tempo.

1.2.1.1 Il gruppo di lavoro per la gestione della Valutazione Partecipativa

Nell'ASL CN1 attraverso il modello della Valutazione Partecipativa si è attivato un rapporto di collaborazione tra Amministrazione Pubblica e cittadini, coinvolgendo non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprendendo diversi ambiti e strumenti, mirando a:

- **migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici**, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni;

- **promuovere processi di innovazione amministrativa;**
- **mobilizzare risorse e capitale sociale presenti sul territorio**, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività;
- **gestire e ridurre i conflitti**, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il deficit di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica;
- **integrare il *performance management* nei processi decisionali**, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di performance sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.

Si presentano di seguito le attività effettuate nel 2025:

- A proseguimento del progetto “EMPOWERMENT DEL CITTADINO: INSIEME PER MIGLIORARE LA CONSAPEVOLEZZA E LA SICUREZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA” iniziato nel 2022 in collaborazione con l’AO S. Croce e Carle di Cuneo e l’ASL CN2 che perseguiva i seguenti obiettivi:
 - Promuovere l’empowerment del cittadino -utente e del caregiver/familiare
 - Sostenere/facilitare il ruolo proattivo della persona assistita e del caregiver/familiare per migliorare la sicurezza della terapia farmacologica.
 - Realizzare una campagna di informazione ed educazione per e con l’utente
 - Realizzare un modulo per il cittadino al fine di promuovere una migliore consapevolezza e sicurezza della terapia, facilitando anche la fase di ricognizione e riconciliazione terapeutica, condiviso con le Associazioni e gli Enti del Terzo settore convenzionati con le Aziende Santa Croce, ASL CN1 e ASL CN2.

Nel corso del 2025, in occasione di iniziative e momenti aperti ai cittadini e della 7^a GIORNATA NAZIONALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA - WORLD PATIENT SAFETY DAY – il 17 settembre 2025 presso l’Ospedale di Mondovì è stata allestita una postazione con poster, opuscoli e palloncini colorati sul tema della sicurezza delle cure pediatriche, con la presenza di 2 Infermiere per fornire informazioni sulle tematiche di sicurezza da adottare a domicilio e pratiche messe in atto in reparto.

Le aree tematiche hanno interessato i seguenti argomenti:

- Nanna sicura
 - Non scuotervi
 - Viaggiare sicuri
 - Trasporto ospedaliero sicuro
 - Antibioticoterapia pediatrica appropriata
 - Percorso Diagnostico Terapeutico Polmoniti Pediatriche
- A proseguimento delle iniziative del 2023 e del 2024, nei Consultori familiari di Cuneo, Borgo San Dalmazzo, Savigliano, Fossano e Saluzzo è stata utilizzata la **scheda di valutazione perineale**. Nel 2024 sono state prese in carico 156 donne in gravidanza nei consultori ASL Cn1, e nel 2025, 146 fino a novembre 2025.
Ad ogni donna seguita viene proposta la valutazione perineale a inizio gravidanza e nel post partum, e questa scheda viene compilata e allegata alla cartella.

Gli operatori ritengono lo strumento utile per avere una raccolta dati uniforme (il punteggio della valutazione viene inserito in statistica), facile da compilare e che fornisce spunti di miglioramento assistenziale.

- A proseguimento delle iniziative degli anni precedenti, dal **1 ottobre 2025** è stato distribuito il questionario di soddisfazione presso la SC Ginecologia e Ostetricia di Mondovì. Il questionario aveva lo scopo di raccogliere le opinioni delle donne sulla qualità dei servizi sia per l'assistenza alle pazienti ginecologiche sia alle donne in gravidanza che usufruiscono del Punto Nascita di Mondovì. In dati raccolti sono in fase di elaborazione e saranno disponibili a inizio 2026.
- A proseguimento del progetto di **valutazione partecipata del grado di umanizzazione** iniziato con i rappresentanti di cittadinanza attiva, sugli item contenuti nella checklist redatta dall'Agenas nel 2023 denominata "CHECKLIST per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" presso di Presidi Ospedalieri di Mondovì e Savigliano, sono state realizzate le azioni di miglioramento individuate nel 2024. In particolare insieme all'UICI (Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti) nella **primavera 2025** è stato realizzato un **video** per spiegare, attraverso esempi concreti e quotidiani, come accogliere al meglio le **persone con disabilità visiva** quando arrivano in **ospedale**.

Il filmato, presentato alla presenza delle Direzioni Sanitarie di Presidio, dell'UICI di Cuneo, dei rappresentanti dell'AVO di Mondovì, dei rappresentanti di Cittadinanza Attiva durante un incontro tenutosi presso l'ospedale di Mondovì **il 24 settembre 2025**, intende diventare un punto di riferimento non solo per le strutture sanitarie della Provincia di Cuneo, ma per l'intera Regione.

Concepito come una serie di "pillole", il video prende in esame diversi contesti – dall'accettazione allo sportello, all'accompagnamento nella struttura ospedaliera, fino agli esami diagnostici – mostrando, per ogni situazione, quali sono gli atteggiamenti da evitare e quali, invece, le buone pratiche da adottare. Il video, oltre ad essere visibile su YouTube, fa parte dei progetti formativi aziendali realizzati nel 2025 per operatori sanitari e del front office.

- **"Politiche di empowerment rivolte al cittadino e operatori relativi alle strutture sanitarie" 2025**

Con nota prot. n.17156 del 21.07.2025 è stata trasmessa alle Direzioni Generali delle ASR una scheda tecnica con il dettaglio delle Azioni/Interventi del Piano regionale rischio clinico di competenza aziendale relativi all'annualità 2025, che saranno oggetto di valutazione ai sensi della DGR n. 16-817/2025 - Obiettivo 12.I.

In relazione all'Azione 9 "Politiche di empowerment rivolte al cittadino e operatori relativi alle strutture sanitarie" è stata trasmessa alle ASL una "Check list per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle RSA", con richiesta di puntuale compilazione nell'ambito di n. 1 RSA del territorio - individuata dalla Direzione Generale - secondo il modello dell'empowerment - ovvero con la partecipazione dei cittadini - e prevedendo, all'esito della rilevazione, l'individuazione delle eventuali azioni di miglioramento.

Con protocollo ASL CN1 N. prot. 0149464 del 10/11/2025 11:30 Tit. 1 Cl. 1 Sc. 5 è stata definita l'équipe mista e individuata la RSA "Angelo Spada" di Racconigi per la valutazione partecipativa.

La rilevazione effettuata il **24 novembre 2025** è stata un'opportunità per valutare i requisiti di umanizzazione della struttura, anche ai fini dello sviluppo ed implementazione delle azioni di miglioramento necessarie a fronte delle criticità rilevate.

- La Medicina Interna di Mondovì, promotrice dell'**ottica genere-specifica in medicina** per ASL CN1, in collaborazione con Arcigay Grandaqueer, nel 2024 ha elaborato un **questionario LGBT+** rivolto a tutti i dipendenti aziendali volto stabilire la rilevanza del fenomeno della discriminazione nell'ambito dell'accesso alle cure e dell'utilizzo dei servizi socio-sanitari, mediante l'analisi qualitativa e quantitativa della discriminazione percepita. Il questionario ha rappresentato una sensibilizzazione sul fatto che gli atteggiamenti conseguenti alla omo/lesbo/bi/trans-negatività, reali o percepiti, possono avere un forte impatto in termini di salute, sia perchè correlati ad un aumentato rischio di disagio psicologico, sia per l'effetto deterrente che porta a limitare l'utilizzo dei servizi sanitari da parte di questa fascia di popolazione. **Nel 2025** il gruppo di lavoro aziendale sulla Medicina di Genere ha formulato un altro questionario, il cui scopo è quello di saggiare la conoscenza e la sensibilità dei dipendenti dell'ASLCN1 sul tema. Da giugno è iniziata la fase di somministrazione del questionario, che proseguirà fino al 31 dicembre, con lo scopo anche di acquisire dati per definire eventi formativi mirati ai bisogni dei dipendenti in materia di medicina di genere da realizzare nel 2026.
- A proseguimento delle iniziative degli anni precedenti, **dal 1 ottobre 2025** è stato distribuito il questionario di soddisfazione presso le sedi della SS Medicina Trasfusionale di Ceva, Fossano, Mondovì, Saluzzo e Savigliano. Il questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni dei donatori di Sangue che accedono ai diversi Punti di Raccolta dell'ASLCN1. L'indagine proseguirà fino al 31 dicembre 2025. A fine novembre avevano già partecipato all'indagine più di 500 donatori. In dati raccolti sono in fase di elaborazione e saranno disponibili a inizio 2026.
- Per assolvere al piano di adeguamento inserito nel riesame 2024 della SS Fisiopatologia della riproduzione umana, **da luglio 2025** è stato distribuito un questionario di soddisfazione presso la struttura PMA di Fossano alle coppie che accedono al servizio. Il questionario ha lo scopo di raccogliere le opinioni delle coppie sia sulla qualità del servizio sia sulla assistenza alle pratiche di procreazione medicalmente assistita. In dati raccolti sono in fase di elaborazione e saranno disponibili a inizio 2026. Ad ottobre, durante l'evento formativo "Comunicare in modo efficace in PMA", una prima estrazione di dati ha permesso di valutare azioni di miglioramento già intraprese a novembre 2025.

Si sottolinea che le attività che l'Azienda intraprende con i dipendenti che formano gruppi di lavoro specifici sull'attività assistenziale, sui percorsi o sulla definizione dei rischi per migliorare i processi assistenziali e di cura (es PSDTA, cartorisk, produzione di documenti correlati all'assistenza es. materiale stomie, ecc.) sono da intendersi come "azioni partecipative" in quanto si analizzano attività e dati che permettono di valutare le azioni da intraprendere ai fini del miglioramento continuo.

1.2.1.2 Le iniziative sul territorio

Sono state organizzate anche diverse iniziative volte a incentivare il coinvolgimento e l'avvicinamento dei cittadini quali:

Open Day, incontri ed eventi formativi a favore della popolazione

- Cardiologie aperte e eventi di prevenzione cardiovascolari svolti durante la settimana del cuore con visite e controllo gratuiti per la popolazione e durante gli open day promossi da Fondazione Onda
- Open Day papilloma virus con vaccinazioni gratuite per le donne comprese nella coorte evidenziata dal progetto.
- Partecipazione all'iniziativa *Just the woman I am* per la promozione della prevenzione al femminile
- Convegno sull'importanza della prevenzione per i corretti stili di vita tenutosi a Savigliano nel mese di ottobre 2025
- Open Day in occasione della Giornata Mondiale del Rene con medici e infermieri impegnati a fornire informazioni sulla gestione della malattia e sulla corretta prevenzione.
- Progetto “Fatti vedere”, azioni di prevenzione a favore dei ragazzi delle scuole superiori
- Eventi di sensibilizzazione rivolti alla popolazione in occasione della Giornata Nazionale Parkinson e in altri specifici periodi dell'anno.
- Evento di sensibilizzazione rivolto alla popolazione per sensibilizzare sulla “sindrome del bambino scosso”
- Progetto “Inside Out” promosso dal Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) sul territorio dell'ASL CN1 volto ad incontrare e dare risposte alle curiosità dei giovani sulle tematiche della dipendenza.
- Iniziative sul territorio in occasione della Giornata Nazionale del Fiocchetto Lilla.
- Iniziative sul territorio in occasione della Giornata Nazionale per la donazione e il trapianto di organi e tessuti.
- Iniziative sul territorio in occasione della Giornata Mondiale dell'attività fisica.
- Iniziative per la settimana per la prevenzione delle malattie venose “Vein Week” con azioni di promozione della salute e informazione alla popolazione.
- Eventi in occasione della Settimana Mondiale dell'allattamento.
- Eventi in occasione della Giornata Mondiale della salute mentale.
- Open Day e eventi in occasione della Giornata Mondiale del Diabete a Mondovì, Saluzzo e Fossano.
- Collaborazione con le associazioni del territorio per la promozione di eventi alla salute mentale nell'ambito del Festival del Rumore.
- Collaborazione in manifestazioni sportive per promuovere la salute attraverso il movimento.
- Eventi ed iniziative in occasione della Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne.
- Open Week sulla salute della donna con azioni di informazione e prevenzione mediante un ricco calendario di azioni sulle sedi di Savigliano Mondovì e Cuneo.
- Incontri di promozione della salute con “Salute a tavola e con il movimento”.
- Incontro in occasione della Giornata Nazionale del Mal di Testa svolto a Mondovì.
- Mostre fotografiche e cortometraggi per sensibilizzare sul tema della salute mentale (progetto Emozion-Arti” mostra La cura dell'anima).
- Progetti di sensibilizzazione rivolti alla popolazione ed in particolare ai giovani sul gioco d'azzardo patologico.
- Sensibilizzazione in occasione della Giornata per la sicurezza delle cure.
- Eventi di sensibilizzazione alla popolazione sugli animali da affezione.
- Open Day emicrania promosso dalla Fondazione ONDA.

- Open Weekend sulla Menopausa in occasione della Giornata Mondiale della Menopausa promosso dalla Fondazione Onda ETS.

Progetto In salute e sicurezza

- Serie di seminari rivolti alla popolazione sulle tematiche di salute e prevenzione svolti nell'ambito del progetto SNAI Valle Bormida

Corsi di autogestione della cronicità

- A proseguimento delle iniziative realizzate nel 2024, sono stati riproposti seminari per l'autogestione delle malattie croniche, condotti da infermieri formati con un programma proveniente dall'Università di Stanford. Il programma di autogestione delle malattie croniche consiste in un seminario della durata di due ore e mezza alla settimana, per sei settimane, che si svolge in sedi comunitarie.

Corso di mindfulness

- Corso rivolto ai genitori di minori con disturbi dello spettro autistico

Incontri e webinar sulla salute sessuale

- Incontri sul territorio organizzati dai consultori familiari rivolti alle famiglie per supportare i genitori nel ruolo di figure di riferimento e di guida rispetto ad argomenti legati alla sessualità ed affettività.

Gruppi di Cammino

- A proseguimento delle iniziative realizzate nel 2024, Gruppi di Cammino gratuiti e aperti a tutti, nel quale si svolgerà attività fisica modulata in base alle possibilità di ciascuno. Un'importante opportunità di salute e socializzazione per le comunità locali.

Progetto Healing garden

- A proseguimento delle iniziative realizzate nel 2024, il progetto, mira all'integrazione le diverse realtà del territorio per promuovere la salute mentale costruendo un “healing garden”, uno spazio esterno appositamente progettato per migliorare la salute e il benessere delle persone, i cui benefici possono essere ottenuti attraverso un'esperienza di tipo indiretto (vivere l'orto come spazio d'incontro) o un coinvolgimento attivo nella gestione dell'orto come terapia (vedi “terrazzo in fiore” – Deliberazione n. 980 del 17/06/2025 – nella S.C. Pediatria Savigliano).

Progetto Pallavolo per tutti

- A proseguimento delle iniziative realizzate nel 2024, eventi di inclusione organizzati dal Centro Salute Mentale, dalla società Volley Saluzzo e dalla UISP.

Progetto Montagnaterapia

- A proseguimento delle iniziative realizzate nel 2024, eventi organizzati sul territorio con l'obiettivo di favorire l'incremento della salute e del benessere degli utenti afferenti ai centri salute mentale attraverso la collaborazione con il CAI e altre realtà del territorio. Nel 2025 è stato promosso un concorso per la ricerca degli acchiappasogni lungo i cammini di montagna svolti dai gruppi di montagnaterapia.

Progetto Phon'o'meter"

- Progetto volto ad evidenziare i rischi derivanti dall'abuso del digitale, in particolare dello smartphone, quanto in casa ci sono bambini.

Progetto I care for me for you

- Progetto che ha coinvolto quasi 5.000 studenti di tutto il Piemonte e Valle D'Aosta in una campagna sulla promozione della salute, per l'Asl Cn1 sono stati coinvolti oltre 400 allievi di istituti scolastici di secondo grado.

Progetto screening visivo per le scuole dell'infanzia

- Progetto che ha coinvolto oltre 1600 bambini promosso dall'oculistica di Savigliano che rappresenta un'azione di prevenzione visita in età scolare.

2. PRESENTAZIONE DEL SISTEMA

2.1 La misurazione della performance

Come dallo schema che segue (da Prenestini, Valotti, 2012), il contributo fondamentale che un sistema di misurazione e valutazione della performance evoluto può dare al miglioramento della qualità delle strategie aziendali è articolabile almeno su tre differenti piani:

1. Innanzitutto, una valutazione sistematica della performance aziendale, combinata con analisi strutturate delle dinamiche di contesto, fornisce elementi fondamentali di conoscenza nella fase di elaborazione o riformulazione della strategia.
2. In secondo luogo, un sistema evoluto di valutazione della performance dovrebbe consentire un monitoraggio strutturato del grado di attuazione dei progetti strategici chiave, assicurando al tempo stesso una verifica dell'effettiva traduzione operativa degli indirizzi strategici nonché delle eventuali difficoltà, piuttosto che dei segnali positivi, riscontrabili in fase applicativa.
3. Infine, compito qualificante del sistema di valutazione della performance dovrebbe essere rappresentato dalla valutazione dell'impatto della strategia, ovvero degli effetti prodotti dalla stessa sia sui bisogni finali che sul rafforzamento della capacità competitiva aziendale.



Per quanto concerne i principi generali di riferimento, l'articolo 3 del D.Lgs. 150/09 ne elenca molteplici, fortemente integrati tra di loro. Nel primo comma si fa riferimento al ruolo che la misurazione e valutazione della performance ha nel processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche ma anche nel processo di apprendimento e di crescita delle competenze professionali degli operatori.

Per perseguire tale finalità il sistema di valutazione deve essere introdotto nelle amministrazioni in linea con i seguenti principi:

- Valorizzazione del merito, sia in termini individuali che di struttura di appartenenza. Questo punto viene successivamente ripreso nel secondo comma sottolineando che il sistema deve garantire un'adeguata pervasività in tutti i livelli dell'organizzazione fino a raggiungere il singolo operatore;
- Garanzia di pari opportunità di diritti e di doveri: si sottolinea sia l'aspetto del diritto del dipendente sia quello della sua responsabilità nei confronti della collettività per il cui bene è chiamato ad operare;
- Trasparenza nei risultati conseguiti. Quest'ultimo punto viene ripreso nel terzo comma e successivamente in altri articoli del decreto. Il tema della trasparenza e della comunicazione dei risultati risulta essere uno dei perni fondamentali del sistema di valutazione; essa infatti è considerata quale leva determinante per l'*accountability*, ossia si ritiene che la misurazione dei risultati conseguiti possa tradursi in un processo di responsabilizzazione degli operatori nella misura in cui si lega alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia alle pubbliche amministrazioni ed ai suoi operatori e sia ai cittadini. In questa prospettiva con il termine *accountability* si intende appunto il “rendere conto” del proprio operato con misurazioni oggettive, chiare e trasparenti.

L'applicazione della norma nell'ambito dell'ASL CN1 lega strettamente la missione dell'Azienda alla strategia da seguire e conseguentemente significa attuare sistemi di misurazione della performance che vadano oltre la semplice “misura” o controllo dei costi, ma passino anche attraverso l'analisi e la vista dell'organizzazione per processi, il che implica indirizzare i sistemi di misurazione della

performance verso l'arricchimento delle dimensioni di attenzione. La direzione di sviluppo dei meccanismi di misurazione e management della performance si rivolge quindi ad un sistema multidimensionale, costruito per tenere sotto controllo le diverse aree di governo (economico-finanziaria, delle competenze e sviluppi professionali, dell'efficienza operativa, dei rapporti con i clienti, con le istituzioni, ecc.), per utilizzare misure monetarie e non monetarie, per limitare al massimo il rischio di cadere nei pericoli della visione "tunnel" di concentrazione verso solo variabili di costo o indicatori di attività.

Nell'area dell'ASL CN1 si è formalizzata, a partire dal processo di budget dell'anno 2013, una struttura a cascata, che costituisce il cosiddetto albero della performance, che individua prospettive, dimensioni, e obiettivi, che regolano il sistema:

- le prospettive caratterizzano i processi di erogazione dei servizi;
- le dimensioni stabiliscono i fattori da monitorare;
- gli obiettivi definiscono i progetti dal punto di vista operativo, che poi vengono caratterizzati da indicatori e target di riferimento.

Passare dalle prospettive alle dimensioni significa tradurle concretamente in fattori da monitorare, strutturando i percorsi di riferimento: le dimensioni pertanto sono macro obiettivi quali ad esempio il rispetto della *mission* aziendale, il richiamo all'efficienza operativa e l'attenzione all'utilizzo delle risorse, l'accesso ai servizi con la garanzia di equità e trasparenza, l'efficacia strategica con riferimento alle esigenze del territorio, gli aspetti collegati alla sicurezza ed al Risk Management. Con questo passaggio, le dimensioni interloquiscono con i livelli di assistenza (ospedale, territorio e prevenzione) e consentono la definizione degli obiettivi specifici per le strutture aziendali, ciascuno con i propri indicatori e target di riferimento.

In tal modo il sistema di misurazione e valutazione acquisisce la caratteristica della multidimensionalità, intesa come possibilità di leggere i fenomeni analizzati mediante più prospettive (vedi figura), in base agli occhi dei diversi portatori di interesse e secondo diverse dimensioni di analisi.



Del resto la sanità è talmente complessa che si potrebbero individuare benissimo migliaia di indicatori e non essere ancora soddisfatti e rimanere senza "focus", ossia la capacità di capire se ciò che è veramente importante, ciò che può fare la differenza per rispondere ai bisogni dei cittadini, è stato conseguito. D'altra parte misurare bene le proprie performance può consentire all'azienda sanitaria di

tendere alla ricerca del miglioramento, in quanto è un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire.

Il vero risultato, quindi, si ottiene quando le informazioni sono in grado di incidere sull'organizzazione dei servizi sanitari e sono in grado di cambiarli, riescono a modificare i comportamenti, bocciano e promuovono modelli organizzativi, incidono sul sistema salute.

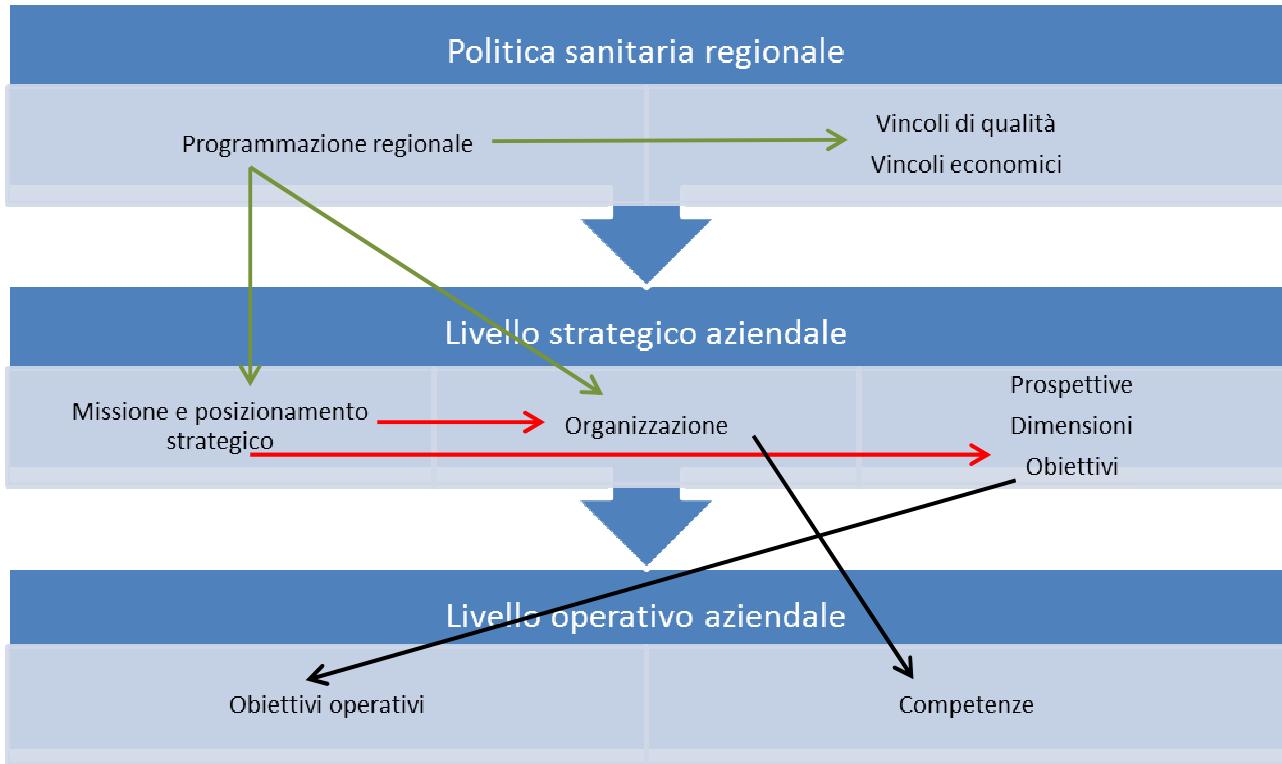
La strategia che ne risulta è la riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'ASL CN1 intende persegui-rl.

L'ASL CN1 presenta una notevole complessità strutturale ed organizzativa legata alla distribuzione della popolazione in un territorio molto vasto ed alla molteplicità di attività erogate, che hanno lo scopo di garantire il complesso delle innumerevoli attività istituzionali e dei Livelli Essenziali di Assistenza che l'Azienda è tenuta a realizzare a favore dei propri cittadini.

La programmazione strategica è lo strumento che consente, anche attraverso la definizione di specifici obiettivi strutturati nel Sistema del Ciclo di budget e di orientamento alla performance, di coinvolgere tutta l'Azienda nella progettazione delle attività e delle prestazioni.

A tal fine le risorse umane ed economiche vengono utilizzate secondo criteri di qualità ed appropriatezza, in un'ottica di governo clinico. Per *Clinical Governance* si intende una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. Il significato concettuale di *Clinical Governance* è l'utilizzo di una maniera di gestione in ambito sanitario basato su un nuovo modello di come fare le cose (nuove logiche operative): è quindi un nuovo modo di gestire e governare le attività che poggia su quattro aspetti fondamentali: la responsabilità, la trasparenza, il coinvolgimento e la partecipazione, l'etica e valore del lavoro. L'attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema, realizzato grazie all'integrazione di numerosi strumenti complementari: formazione continua, gestione del rischio, audit clinico, *evidence-based medicine*, linee guida e percorsi assistenziali, valutazione delle tecnologie sanitarie, sistemi informativi per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, ricerca e sviluppo, coinvolgimento dei pazienti, etc. Tali strumenti non possono essere utilizzati in maniera occasionale ma devono essere integrati in tutti i processi di governo dell'organizzazione sanitaria.

Nell'ASL CN1 la performance va misurata a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), che sono derivati innanzitutto dagli obiettivi strategici regionali (la programmazione del Piano Socio Sanitario Regionale, gli obiettivi di mandato nella nomina dei Direttori Generali, gli obiettivi annuali per l'incentivazione della Direzione, gli obiettivi che discendono dai diversi Programmi e Piani operativi regionali), a livello di singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, individuata come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa) e a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza sia del comparto (performance individuale).



2.2 Il Sistema di misurazione della performance

Cos'è il sistema: finalità e principi

Come sottolineato dalla D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013, il Sistema di misurazione e valutazione della performance è lo strumento operativo che le Aziende Sanitarie piemontesi devono utilizzare al fine della valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale.

Il SMVP, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente, individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- le modalità di raccordo e di integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e bilancio.

Il Sistema di misurazione della performance dell'ASL CN1 rispetta i seguenti requisiti:

- chiara definizione degli obiettivi;
- specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target;
- caratterizzazione degli indicatori secondo le modalità definite dalla normativa vigente;
- rilevazione effettiva della performance, secondo la frequenza e le modalità definite nel ciclo della performance;
- attenzione allo sviluppo della valutazione partecipativa.

Il SMVP non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli *stakeholders*.

Come previsto nell'art. 6 del D. Lgs. 150/09, come modificato dal D. Lgs. 74/2017, sono gli Organismi Indipendenti di Valutazione, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, che verificano l'andamento della performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio alla Direzione dell'Azienda.

Pertanto, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 150/09, la funzione di misurazione della performance, è svolta:

- dagli Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.V.), cui compete la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura amministrativa nel suo complesso;
- dai dirigenti dell'Azienda,
- dai cittadini o dagli altri utenti finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'amministrazione.

I livelli di misurazione della performance

La valorizzazione dei risultati conseguiti da chi sta svolgendo un ottimo lavoro è il meccanismo fondamentale perché il merito diventi il motore del cambiamento organizzativo e del miglioramento della performance.

Per una corretta comprensione delle finalità e delle caratteristiche del sistema, è utile distinguere:

- la performance dell'Azienda nel suo complesso;
- la performance organizzativa, riferita a ciascuna delle unità operative in cui è articolata l'Azienda;
- la performance individuale, riferita a ciascun operatore.

Le performance dell'ASL nel suo complesso e delle sue articolazioni organizzative sono pianificate annualmente nel documento programmatico del Piano della Performance, declinato in sede di definizione del budget aziendale, determinando un forte collegamento ed integrazione del sistema della performance all'interno degli strumenti della gestione aziendale.

La valutazione della performance individuale è, specie per i direttori delle strutture, fortemente integrata con quella organizzativa, ed è finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, la performance individuale è declinata secondo tre dimensioni: il contributo individuale ai risultati della gestione, le conoscenze e le capacità/abilità agite, le competenze tecniche, che caratterizzano ciascuna professione.

In parallelo a questi due concetti di performance, si sviluppa il sistema premiante aziendale, che ha lo scopo di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti nell'anno, agendo sulla leva motivazionale, che si articola sia rispetto ai risultati gestionali (ossia al

meccanismo di assegnazione e verifica degli obiettivi organizzativi), sia rispetto agli obiettivi individuali e ai percorsi di formazione e di crescita professionale.

Presentazione dei tre elementi della performance

Il Sistema si compone di tre elementi fondamentali:

- 1) indicatori, collegati ad obiettivi: puntano a generare risultati adeguati agli stessi;
- 2) target, che sono i risultati che si intende ottenere, cioè il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo; attraverso i target, si monitorano, valutano e modificano i comportamenti, dando un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento;
- 3) infrastruttura di supporto ed i soggetti responsabili dei processi di acquisizione, confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

1) Indicatori

L'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

- a) comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto, intellegibile anche per i soggetti e gli stakeholder non appartenenti al settore);
- b) rilevanza (riferibile all'obiettivo, utile e significativo, attribuibile alle attività chiave del processo identificate, come *outcome*, *output*, attività, efficienza, efficacia, comportamenti);
- c) confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto a organizzazioni simili e attività standard);
- d) fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
- e) affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possiedano tali caratteristiche.

Come si è già precisato nel capitolo 2, il SMVP è collegato a precisi ambiti di valutazione, così come individuati dal D. Lgs. 150/09, che contemplano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla *mission* dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc...).

Gli ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 150/09, sono i seguenti:

Ambito di valutazione	Indicatore
Attuazione di politiche e conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività	<i>outcome</i>
Attuazione di piani e programmi, ovvero misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli <i>standard</i> qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse	processi

Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive	risultati
Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e capacità di attuazione di piani e programmi	processi
Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione	processi
Efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi	input
Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati	output
Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	processi

Gli obiettivi di budget assegnati alle strutture sono impostati secondo gli ambiti di valutazione sopra individuati.

Nel Piano della Performance, approvato secondo la scadenza definita dalla normativa vigente, vengono indicate le specifiche aree di intervento, successivamente vengono definiti gli obiettivi specifici per le strutture aziendali, che vengono identificati con l'aiuto dei Responsabili individuati, delle Strutture di Staff e del Coordinamento budget. Nel corso dell'anno gli obiettivi e/o gli indicatori e/o i target possono essere variati, previa valutazione della Direzione aziendale.

2) Target

Un target è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, cioè il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo misurato su un indicatore. Tipicamente questo valore è espresso in termini di livello di rendimento entro uno specifico intervallo temporale. Il target rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, però, è necessario che:

- il target sia ambizioso, sfidante, ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi;
- il target sia quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori;
- siano presenti meccanismi di retroazione per dimostrare i progressi ottenuti rispetto al target;
- siano previste forme di riconoscimento (non necessariamente di tipo finanziario);
- ci sia supporto da parte di superiori e/o vertici organizzativi;
- il target sia accettato dall'individuo o dal gruppo incaricato di raggiungerlo.

L'assegnazione di obiettivi e l'individuazione degli indicatori correlati per la misurazione dei risultati presuppongono l'individuazione di precisi criteri e scale di valutazione. Gli obiettivi caratterizzati da indicatori numerici ed afferenti a dimensioni quantitative (prestazioni, tassi, ecc.) sono misurati in percentuale al grado di raggiungimento dell'obiettivo, definendo un eventuale margine di tolleranza rispetto al target atteso, entro il quale l'obiettivo possa ritenersi pienamente raggiunto. La distribuzione dei pesi agli obiettivi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali e di ogni altra indicazione impartita dalla Direzione Strategica. La misurazione della performance organizzativa viene, quindi, effettuata come sommatoria dei pesi misurati secondo i criteri di valutazione di ciascun obiettivo.

È necessario fare attenzione che troppe misurazioni che scendono a cascata da misure di tipo organizzativo non conducano al caos, con troppi indicatori che alla fine non sono più controllabili. I fattori critici di successo dovrebbero essere la fonte di tutte le misurazioni della performance che contano veramente.

3) La Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

Nell'ASL CN1 lo sviluppo del sistema di Budget e della Programmazione è affidato alla Struttura Semplice Ciclo della Performance e Progetti Innovativi, cui è affidata anche la funzione di Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V.; in particolare tra i suoi compiti sono previste le seguenti attività:

- supportare la Direzione Aziendale nella redazione dei documenti aziendali relativi alla programmazione (Piano della Performance e Relazione sulla Performance);
- predisporre le schede di budget per le Strutture secondo schemi concordati con la Direzione Generale;
- collaborare alla negoziazione e approvazione degli obiettivi di budget;
- archiviare le schede di budget firmate dai Direttori di Struttura;
- monitorare la congruità dei risultati con gli obiettivi assegnati;
- supportare l'O.I.V. nello svolgimento delle attività di competenze.

La Struttura Tecnica Permanente si interfaccia quindi con le altre Unità Operative aziendali che consentono la realizzazione del sistema: si tratta quindi di coordinarsi con tali soggetti ed anche individuare opportune regole per l'acquisizione delle informazioni necessarie alla misurazione ed alla valutazione degli obiettivi, anche ad impulso delle rilevazioni, delle elaborazioni e delle trasmissioni dei dati (con le procedure informatiche) nelle scadenze che sono opportune per i compiti dell'O.I.V..

A tale scopo vengono coinvolte le strutture che si occupano di controllo di gestione, di sistemi informativi, di contabilità analitica, di gestione del personale e dei sistemi di incentivazione; d'altra parte possono essere di riferimento le strutture di staff che si occupano di qualità, di risk management, di *customer satisfaction*, di epidemiologia e di statistica sanitaria. In ogni caso il sistema aziendale coinvolge annualmente i dirigenti delle strutture che hanno in gestione problematiche trasversali (come possono essere la Farmacia e gli staff della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa) o che comunque gerarchicamente sono a conoscenza delle criticità (quali ad esempio la Direzione Sanitaria Ospedaliera, il Coordinamento dei Distretti, la Direzione dei Dipartimenti territoriali, della Prevenzione o Gruppi di Lavoro specificatamente individuati): ad ognuno di questi soggetti viene richiesto fin dalla definizione degli obiettivi di prendersi in carico il monitoraggio e la misurazione dell'andamento degli obiettivi e di relazionarne alla Struttura Tecnica Permanente.

2.3 Il Ciclo di gestione della performance

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance costituisce la struttura di riferimento per il Ciclo di gestione della performance dell'ASL CN1, definendone i principi, le modalità di svolgimento,

la tempistica, gli attori e gli strumenti. Nel corso del 2019 si è sperimentato un nuovo sistema allo scopo di avvicinare maggiormente la struttura del budget al mondo dei professionisti sanitari.

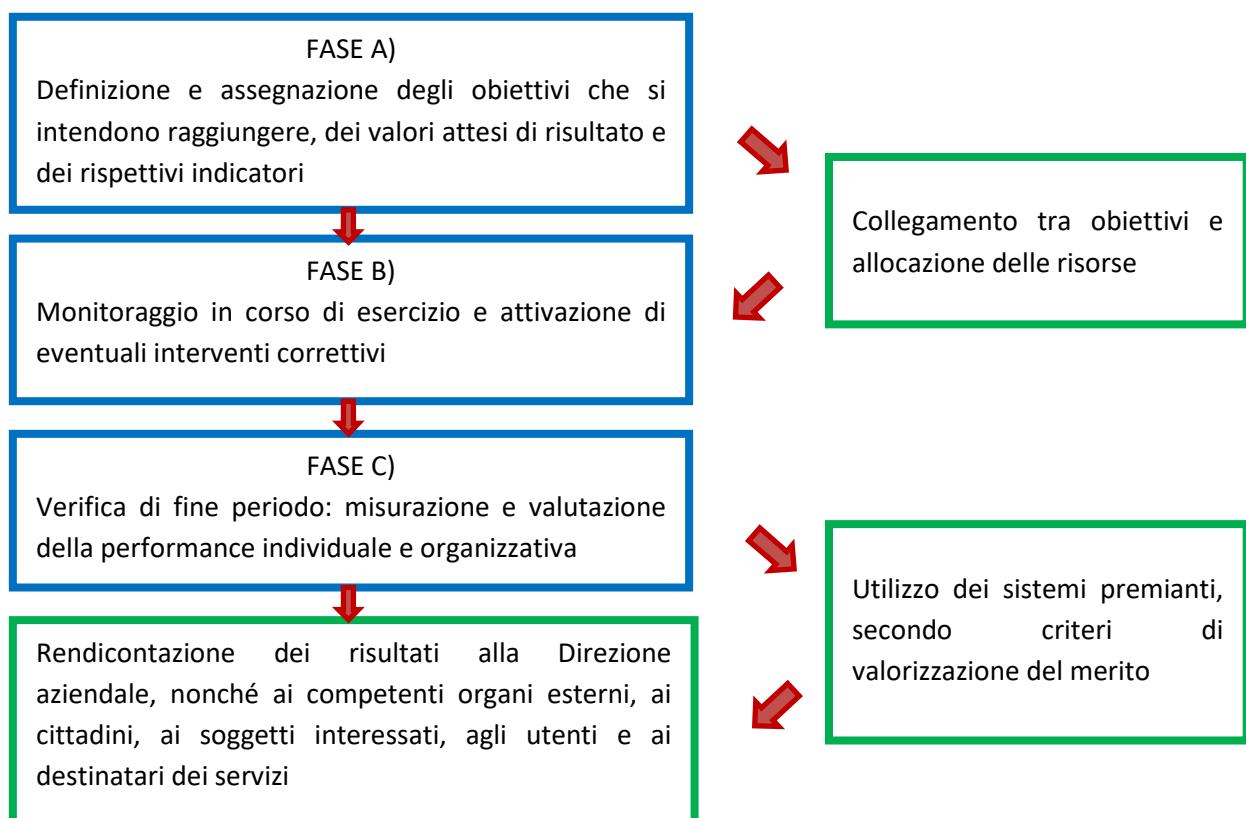
Il Ciclo della Performance si svolge, con riferimento all'anno solare che coincide con l'esercizio contabile e di budget. Si conclude con la valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), su istruttoria della Struttura Tecnica di supporto all'O.I.V., nonché con la valutazione della performance individuale.

Il ciclo della gestione di un sistema di programmazione e controllo si articola in tre fasi, ossia:

- A) la definizione e assegnazione degli obiettivi;
- B) il monitoraggio dei risultati in corso di esercizio;
- C) la verifica di fine periodo.

Affinché tale ciclo abbia efficacia nella modifica dei comportamenti delle persone e delle organizzazioni nel loro complesso, si avvale del passaggio intermedio tra la fase A) e la fase B) che si concretizza nell'allineamento con le risorse disponibili e infine nel passaggio conseguente alla fase C) con la previsione di un rafforzamento mediante l'introduzione di un sistema premiante, che rende il meccanismo di programmazione e controllo non soltanto un supporto ai processi decisionali del management, ma anche una modalità di gestione delle risorse umane.

Con riferimento allo schema seguente, che schematizza e riassume il sistema, si descrivono i momenti salienti del ciclo di gestione della performance dell'ASL CN1, indicando nei riquadri in blu le tre fasi salienti e nei riquadri in verde i collegamenti, i passaggi intermedi e gli output risultanti.



La programmazione per obiettivi prende avvio alla fine dell'anno precedente all'esercizio di budget con l'emanazione delle direttive regionali che definiscono la strategia cui l'Azienda deve conformarsi. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali di interesse regionale unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali confluisce nella declinazione degli obiettivi di budget alle strutture aziendali.

Pertanto, la puntuale temporizzazione delle attività e le modalità di negoziazione e assegnazione dei budget sono legate a fattori esogeni (la programmazione regionale) ed endogeni (organizzazione e stili di direzione).

La Direzione strategica, valutati gli obiettivi strategici aziendali, individua i target e gli indicatori da assegnare a ciascuna articolazione organizzativa, individuata come Centro di Responsabilità, tenendo conto delle funzioni e mansioni specifiche e delle risorse assegnate. I criteri di definizione ed assegnazione degli obiettivi sono esplicitati nel Piano della Performance e sono anche descritti in apposite riunioni al Collegio di Direzione, ai Gruppi di Lavoro e alla Dirigenza aziendale e a tutto il personale dipendente, illustrandone i contenuti, le norme di riferimento ed i criteri di valutazione.

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 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. A questa logica vanno aggiunti gli obiettivi di sostenibilità dell'Agenda 2030.

Obiettivi, indicatori e target sono inseriti nelle schede di budget, costruite tramite procedura informatica aziendale, che sono trasmesse ai Direttori delle Strutture e discusse nel corso degli incontri di negoziazione.

Gli obiettivi vengono assegnati ai Dipartimenti e alle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali.

Al fine di dare una specifica e fondamentale responsabilità ai Direttori di Dipartimento, sia la rilevazione delle proposte di obiettivi nel processo *bottom-up* sia la definizione degli obiettivi dalla Direzione Generale (*top-down*) danno un rilievo di coordinamento e caratterizzazione alla Responsabilità del Direttore del Dipartimento.

Viene richiesto quindi di concentrarsi sul ruolo di fondamentale responsabilità del Direttore di Dipartimento anche nel processo di costruzione, misurazione e valutazione della performance: sia per la specificità del sistema di budget, sia per il collegamento tra il raggiungimento dei risultati delle singole Strutture, che a loro volta, concorrono nel raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali delle ASL.

In linea con il suddetto processo di responsabilizzazione e di condivisione, fin dalla fase di pianificazione strategica, viene richiesto un forte impegno da parte dei Direttori di Dipartimento, che hanno il compito di raccogliere e coordinare le proposte di obiettivi, ragionando in termini il più

possibile trasversali alle Strutture a loro afferenti o comunque attendendo ad una programmazione condivisa nell'ambito delle attività dipartimentali.

Una volta definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono firmate dai Responsabili e gli incontri di presentazione, discussione e verifica sono documentati dalla formalizzazione di verbali.

Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale.

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali e delle unità operative viene effettuato a cura delle strutture preposte alla gestione dei sistemi informativi aziendali e dai soggetti che vengono individuati annualmente come "Relazionanti" sull'andamento degli obiettivi. La misurazione intermedia del grado di raggiungimento degli obiettivi viene formalizzata attraverso una specifica tabella, elaborata nella procedura informatica aziendale dalla SS Ciclo della Performance e Progetti Innovativi e comunicato ai Direttori delle strutture, al fine di garantire le sinergie necessarie alla efficienza ed efficacia organizzativa. In ogni caso, le procedure informatiche aziendali rendicontano mensilmente e trimestralmente alla Direzione Generale ed agli intestatari delle schede di budget i dati relativi all'attività e ai costi delle strutture, con particolare riferimento a quanto previsto nel processo di budget.

Meccanismi di retroazione previsti nei casi di situazioni di comprovata criticità che possano recare pregiudizio al raggiungimento degli obiettivi, portano all'adozione, condivisa con la Direzione Strategica, di eventuali iniziative da intraprendere per favorire il raggiungimento dell'obiettivo, oppure nella revisione dell'obiettivo, che è basata su elementi che provino l'impossibilità del raggiungimento dell'obiettivo dovuta ad errate previsioni o a sopravvenute situazioni non prevedibili.

La programmazione per l'anno 2026 è stata avviata con nota prot. 0164111 del 05/12/2025, con la richiesta ai Direttori e Responsabili di Dipartimento e Struttura di trasmettere le loro proposte di obiettivo, al fine di consentire la gestione del processo di budget sin dai primi mesi dell'anno 2026.

Una volta conclusa la fase di raccolta delle proposte da parte dei Direttori di Dipartimento, al fine di rendere maggiormente strategica la riunione di negoziazione, si prevede che i Direttori di Dipartimento svolgano apposite riunioni di approfondimento sugli obiettivi contenuti nelle schede di budget e nella scheda "Risorse e Attività" prima degli incontri di negoziazione con la Direzione Generale. In tale occasione, il Direttore di Dipartimento sarà la figura di raccordo tra le proprie Strutture e la Direzione e il livello della discussione sarà su un piano non operativo ma direzionale e strategico, in quanto i contenuti degli obiettivi saranno già stati trattati, definiti e concordati nella precedente riunione dipartimentale. Peraltro, la sottoscrizione della scheda di Budget da parte del Direttore di Dipartimento ne garantirà l'accettazione dei contenuti per le Strutture afferenti. Le negoziazioni sono comunque occasione di incontro e dialogo tra la Direzione Generale e i Dipartimenti/Strutture con i Coordinatori.

Alla chiusura dell'esercizio di budget si procede alla misurazione della performance organizzativa a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto.

La valutazione della performance aziendale compete all'Assessorato regionale; allo scopo viene redatta apposita Relazione annuale, pubblicata sul sito Internet aziendale, deliberata e presentata al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari e alla Rappresentanza dei Sindaci dell'ASL.

La valutazione della performance organizzativa di unità operativa compete all'Organismo Indipendente di Valutazione che la invia alla Direzione Aziendale, e si traduce nella valutazione della performance organizzativa dei Dirigenti delle strutture. La Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V. costruisce l'istruttoria con la documentazione, che perviene attraverso le procedure informatiche aziendali, su tutti gli obiettivi e inserisce i risultati nella procedura informatica aziendale del budget.

La valutazione conclusiva annuale ha effetto ai fini del riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante. La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura anche l'apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura; è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contradditorio e della partecipazione. Anche per la misurazione e la valutazione della performance individuale l'Azienda promuove l'informatizzazione delle procedure, anche attraverso l'utilizzo di appositi moduli web. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato al sistema premiante definito dalla contrattazione integrativa decentrata.

La misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale sono esposte, analizzate e contenute nel documento di sintesi denominato Relazione annuale sulla performance, adottato dall'Azienda secondo le scadenze definite dalla normativa vigente, presentato al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari, deliberato dalla Direzione Generale e pubblicato sul sito Internet aziendale. Infatti, il ciclo di gestione della performance si conclude con la fase di rendicontazione dei risultati raggiunti; la pubblicazione dei dati, l'invio della Relazione all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, all'Assessorato Regionale nonché al Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, non hanno solo lo scopo di informare cittadini e istituzioni, ma soprattutto di permettere che queste informazioni siano in grado di incidere sull'organizzazione aziendale e di modificare i comportamenti, bocciare e promuovere modelli organizzativi e di conseguenza di incidere sul sistema della salute.

Di seguito si illustra il processo nel dettaglio, con la specificazione di fasi, tempi, modalità e responsabilità:

Fasi	Tempi	Modalità	Responsabilità
Definizione degli indirizzi e delle priorità politiche	Novembre-Dicembre dell'anno precedente	Recepimento degli indirizzi provenienti da: - Piano Socio Sanitario Nazionale; - Piano Socio Sanitario Regionale; - D.G.R. obiettivi di mandato per il Direttore Generale; - D.G.R. obiettivi annuali per il Direttore Generale; - Atti di indirizzo regionali; - Incontri con gli stakeholders (Conferenza dei Servizi aziendali di partecipazione, Conferenza dei Sindaci, Associazioni di volontariato, ecc...).	Ministero, Regione, Enti locali, Stakeholders
Costruzione della strategia aziendale	Dicembre dell'anno precedente	Definizione delle linee strategiche aziendali. L'insieme della strategia confluisce in apposita documentazione, eventualmente corredata da schede esplicative degli obiettivi.	Direzione Generale

Fasi	Tempi	Modalità	Responsabilità
Approvazione Piano della Performance ricompreso nel P.I.A.O. (Piano Integrato di Attività e Organizzazione)	Entro il 31/01	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione del documento secondo le indicazioni fornite dalla CIVIT e dall'A.N.AC. e relativa deliberazione; - Presentazione alle OO.SS. dirigenza e comparto, alla Conferenza dei servizi aziendali di partecipazione, all'O.I.V. e agli stakeholders; - Trasmissione del Piano al Dipartimento della Funzione Pubblica; - Pubblicazione sul sito internet aziendale su amministrazione trasparente e sul portale PIAO. 	Direzione Generale
Monitoraggio sull'avvio del ciclo di gestione della performance	Entro 30 gg. dall'approvazione del P.I.A.O.	Trasmissione all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica delle informazioni e dell'esito del controllo di primo livello riguardante l'avvio del ciclo della performance.	O.I.V.
Definizione della mappa delle responsabilità aziendali. Definizione ed assegnazione degli obiettivi organizzativi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie	Da Gennaio a Marzo	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione delle strutture che hanno responsabilità di budget e di conseguimento di obiettivi di gestione; - Assegnazione degli obiettivi e costruzione delle schede di budget per Dipartimenti, S.C., S.S.D., S.S. in Staff; - Negoziazione con la Direzione Generale e firma delle schede; - Conferimento ai Dirigenti individuati dell'incarico di "Relazionante" nel monitoraggio degli obiettivi, effettuazione di incontri esplicativi, consegna materiale di supporto. 	Direzione Generale, Direttori di Dipartimento, Direttori Staff e Dirigenti, "Relazionanti"
Monitoraggio assegnazione obiettivi organizzativi e individuali per l'anno in corso	Entro il 30/04	Redazione e trasmissione all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica delle informazioni e dell'esito del monitoraggio della fase di assegnazione degli obiettivi effettuata nel Ciclo in corso, secondo le indicazioni fornite dall'A.N.AC..	O.I.V.
Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	Entro il 31/05	Definizione delle risorse da assegnare ad ogni Struttura, come da delibera dei budget trasversali, reportistica da contabilità analitica, documentazione S.C. Gestione Risorse Umane per assegnazione quote economiche retribuzione di risultato.	Direzione Generale, S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi, S.C. Bilancio e Contabilità, S.C. Gestione Risorse Umane - S.S. OSRU e Relazioni Sindacali.
Attribuzione obiettivi individuali	Nei termini stabiliti dalla Direzione Aziendale	Attribuzione obiettivi secondo quanto previsto nei Contratti integrativi aziendali.	Figure previste dai Contratti integrativi aziendali
Monitoraggio obiettivi in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi	Settembre - Ottobre	<ul style="list-style-type: none"> - Incontri della Direzione Generale con i "Relazionanti" per fare il focus sull'andamento degli obiettivi; - Raccolta della documentazione prodotta 	Direzione Generale, Direttori di Dipartimento,

Fasi	Tempi	Modalità	Responsabilità
		dai Relazionanti aziendali da parte della S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi e compilazione di apposite tabelle riepilogative; - Comunicazione ai Responsabili delle Strutture dell'andamento degli obiettivi; - Eventuale attivazione di interventi correttivi.	S.S.Ciclo della Performance e Progetti Innovativi, della Contabilità analitica, Relazionanti aziendali
Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa	Entro il 30/04 dell'anno successivo	- Raccolta della documentazione prodotta dai Relazionanti aziendali a cura della Struttura Tecnica Permanente, inserimento dati in procedura informatica; - Predisposizione della documentazione e avvio istruttoria O.I.V.; - Valutazione della performance a cura dell'O.I.V. e trasmissione risultanze al Direttore Generale; - Deliberazione valutazione raggiungimento obiettivi.	Relazionanti, O.I.V. con il supporto della Struttura Tecnica Permanente, Direttore Generale.
Relazione sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni	Entro il 30/04 dell'anno successivo	- Redazione della relazione con riferimento al ciclo della performance dell'anno precedente, secondo le indicazioni fornite dall'A.N.AC.; - Invio della relazione alla Direzione Generale e all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica.	O.I.V.
Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	Entro il 30/06 dell'anno successivo	Compilazione delle schede di valutazione per i Dirigenti (S.V.I. - Scheda di Valutazione Integrata), delle schede di valutazione per i Responsabili di Struttura Complessa o di strutture assimilate (S.V. – Scheda di Valutazione), schede per la valutazione del comparto, schede per coordinatori e posizionati.	Direttori di Dipartimento o comunque il Dirigente di struttura immediatamente sovraordinata
Redazione e adozione della Relazione sulla performance	Entro il 30/06 dell'anno successivo	- Predisposizione del documento secondo i contenuti definiti dalla CIVIT e dall'A.N.AC.; - Adozione della Relazione con apposita deliberazione del Direttore Generale entro il 30/06; - Trasmissione all'O.I.V. della Relazione.	Direzione Generale con il supporto della Struttura Tecnica Permanente
Validazione della Relazione sulla performance e invio all'A.N.AC., al Dipartimento della Funzione Pubblica, al Ministero dell'Economia e delle Finanze e all'Assessorato Regionale	Entro il 15/09 dell'anno successivo	- L'O.I.V. approfondisce i contenuti della Relazione; - Elaborazione e formalizzazione del documento di validazione della Relazione da parte dell'O.I.V., secondo i contenuti previsti; - Trasmissione da parte dell'O.I.V. alla Direzione Generale e per conoscenza all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica del documento di valutazione; - Trasmissione a cura della Direzione Generale all'A.N.AC. e al Dipartimento della Funzione Pubblica, al M.E.F. e all'Assessorato Regionale della	Direzione Generale, O.I.V. con il supporto della Struttura Tecnica Permanente

Fasi	Tempi	Modalità	Responsabilità
		<p>Relazione unitamente al documento di validazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione della Relazione sulla performance e del relativo documento di validazione sul sito internet aziendale. 	
Utilizzo dei sistemi premianti, secondo i criteri di valorizzazione del merito	Dopo la Validazione della Relazione sulla performance	Erogazione al personale dipendente del saldo della retribuzione di risultato come da contratto integrativo aziendale per la dirigenza e per il comparto, secondo le risultanze delle performance espresse nella delibera di valutazione raggiungimento obiettivi.	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane con il supporto della Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V.
Rendicontazione dei risultati alla Direzione Aziendale, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi		<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione della Relazione sulla performance al Collegio di Direzione; - Incontri con gli <i>stakeholders</i> per la presentazione dei risultati; - Trasmissione della Relazione sulla performance al Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. 	Direzione Generale, Responsabile S.C. Gestione Risorse Umane, Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Dirigenti, Strutture delle Strategie Aziendali, Ufficio Stampa e Affari Generali, con il supporto della Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V.

3. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il Sistema è articolato in due ambiti applicativi: l'ambito della performance organizzativa e l'ambito della performance individuale.

3.1 La misurazione e la valutazione della performance organizzativa

La Valutazione della Performance Organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Atto Aziendale:

- Dipartimenti Strutturali e Gruppi di Progetto (se esistenti);
- Strutture Complesse (S.C.);
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.), Strutture Semplici “in staff” alla Direzione aziendale (S.S. in staff).

L'oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti dall'Azienda alle strutture nell'ambito del processo di budget, che si realizza attraverso apposite schede in cui vengono assegnati gli obiettivi (risultati di gestione), nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti dalla Regione.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono assegnati ai responsabili delle strutture di cui sopra con cadenza di norma annuale.

Le verifiche periodiche dei risultati conseguiti e la rilevazione e misurazione finale degli scostamenti tra obiettivi e risultati sono organizzate dalla SS Ciclo della Performance e Progetti Innovativi con la collaborazione dei dirigenti a tal fine individuati dall'Azienda.

La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle valutazioni formulate dall'O.I.V.

L'O.I.V., ai sensi dell'art.14, comma 6 del D. Lgs. 150/2009, modificato dall'art. 11 comma 4 Bis D. Lgs. 74/2017, è chiamato a validare la Relazione sulla Performance che l'Azienda deve adottare entro il termine individuato dalla vigente normativa.

Tale documento evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La valutazione della performance organizzativa costituisce *conditio sine qua non* per il conseguimento della retribuzione di risultato, impostato su 5 domini di valutazione che si basano su aree/prospettive derivanti dal sistema di *budgeting* aziendale. In questa logica, il sistema incentivante si inserisce all'interno delle fasi del processo di budget in maniera congiunta e complementare.

Le valutazioni degli obiettivi di budget verteranno sui seguenti domini:

- 1. Coerenza/pertinenza con l'obiettivo assegnato:** l'obiettivo deve essere raggiunto con documentazione coerente con quanto programmato;

- 2. Qualità delle informazioni inviate e relativa documentazione di supporto:** l'obiettivo deve essere raggiunto con parametri di qualità adeguati come da programmazione;
- 3. Rispetto dei tempi di consegna:** l'obiettivo deve essere raggiunto con parametri di tempi di consegna adeguati come da programmazione;
- 4. Rispetto dell'indicatore definito come da Performance attesa:** la Performance attesa deve essere completamente rispettata;
- 5. Risultanze non inviate:** documentazione non inviata nei termini previsti e assenza di comunicazione con la Struttura di supporto al sistema di budget.

Il giudizio della valutazione della Performance organizzativa da parte dell'O.I.V. viene inserito, attraverso una nota, all'interno della procedura informatizzata. Nella seguente tabella vengono riportate le note OIV con la loro descrizione:

Nota	Descrizione
L'O.I.V. prende atto della misurazione e del giudizio del relazionante, lo condivide e ne conferma il risultato valutando l'obiettivo raggiunto al 100%	Obiettivo raggiunto al 100%
L'O.I.V. prende atto della misurazione e del giudizio del relazionante, lo condivide e ne conferma il risultato valutando l'obiettivo raggiunto al ...%	Obiettivo raggiunto con una percentuale \leq al 99%

che, a loro volta, valutati complessivamente per ogni singolo obiettivo, daranno come risultato le seguenti fasce di 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%

Tenendo in considerazione che, all'interno della scheda di budget, il peso 1 (P1) è da attribuire al Direttore di Struttura o di Dipartimento e il peso 2 (P2) è relativo al Personale Dirigenziale e di Comparto, le fasce di Performance, con incidenza sulla stessa retribuzione di risultato differenziata a seconda del ruolo ricoperto nell'organizzazione aziendale, si aggiudicano nei termini seguenti:

- personale dirigenziale: 100%;
- personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa e/o di coordinamento: da un minimo del 40% a un massimo del 100% (la parte restante è legata ad obiettivi

- eventualmente assegnati dal Direttore/Responsabile di Struttura o dal Responsabile della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale aziendale, che rientrano nell'ambito della performance individuale);
- restante personale del comparto: 10%.



Come si è già precisato, sia la procedura della definizione delle schede di budget, sia la procedura delle verifiche di budget sono strutturate in apposito programma informatico, che produce gli output necessari alla procedura informatica per la gestione degli stipendi del personale, per la liquidazione delle quote.

3.2 La misurazione e la valutazione della performance individuale

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” (All. 1):** 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. 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**, ossia la 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;

- **la capacità organizzativa, gestionale e relazionale, ossia la capacità di:**
 - a) organizzare e gestire l'attività della struttura diretta;
 - b) generare relazioni collaborative e favorire l'integrazione fra le strutture (in particolare per i Direttori di Dipartimento);
 - **l'utilizzo appropriato delle risorse (beni di consumo di tutte le categorie e apparecchiature tecniche e tecnologiche), ossia la 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;
 - **la capacità innovativa, gestione del cambiamento e aggiornamento e diffusione delle conoscenze, ossia la 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;
- 2) **Scheda “SVI” (All. 2-3-4):** 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 professionale anche di elevata specializzazione, ovvero senza incarico 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 dei seguenti elementi:

- **obiettivi prestazionali** - da definire a cura del Responsabile di Struttura, anche in riferimento a quelli assegnati alla Struttura stessa; sono utili ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato, ferma restando la “*conditio sine qua non*” costituita dalla valutazione della performance organizzativa nei termini sopra descritti;
- **fattori qualitativi e comportamentali** (graduati in una scala di giudizio da 1 a 5); questi fattori costituiscono prioritariamente i criteri di valutazione annuale del dirigente, ma possono essere utilizzati, laddove le esigenze concrete lo richiedano (criticità specifiche, esigenze di crescita qualitativa ad esempio), anche per la quantificazione e la verifica della retribuzione di risultato; in tal caso dovrà essere loro attribuito un peso.

I fattori qualitativi sono nel dettaglio i seguenti:

- Utilizzo appropriato delle risorse;
- Autonomia operativa;
- Capacità innovativa;
- Conoscenze tecniche e tecnologiche;
- Disponibilità all'aggiornamento e affiancamento.

I fattori comportamentali sono nel dettaglio i seguenti:

- Rispetto dei codici di comportamento (deontologico e comportamentale);
- Applicazione di procedure e linee guida;
- Relazione con l'utenza interna ed esterna;
- Capacità organizzativa riferita alla propria attività e alle funzioni assegnate;
- Relazioni funzionali con colleghi e collaboratori anche di altre Strutture.

- 3) Scheda di valutazione dei posizionati e/o coordinatori (All. 5): è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto titolare di incarico di posizione organizzativa e/o di coordinamento.

Il soggetto preposto alla verifica è di norma il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del titolare dell'incarico o il Direttore del Dipartimento, cui si affianca il Responsabile della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale aziendale - o il coordinatore del personale del dipartimento - per i profili del ruolo sanitario.

La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori (graduati in una scala di giudizio da 1 a 5):

- leadership e gestione della squadra;
- capacità organizzativa e gestionale;
- capacità relazionali;
- gestione appropriata delle risorse tecniche (beni di consumo di tutte le categorie e apparecchiature tecniche e tecnologiche);
- condivisione delle linee strategiche di Azienda;
- aggiornamento;
- rispetto dei regolamenti, delle direttive e del codice di comportamento;
- impegno e proattività.

Rientra nell'ambito della valutazione della performance individuale anche la valutazione sul raggiungimento di obiettivi eventualmente assegnati a tale tipologia di personale dal Direttore/Responsabile di Struttura o dal Responsabile della S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale aziendale; la valutazione di detti obiettivi – se assegnati - 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 (minimo 40%) sopra descritti.

- 4) Scheda di valutazione del restante personale del comparto (All. 6): è la Scheda utilizzata per la valutazione annuale del personale del comparto non titolare di incarico di posizione organizzativa né di coordinamento.

Il soggetto preposto alla verifica - in qualità di valutatore di 1° livello - è di norma il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del lavoratore o altro soggetto da questi individuato (coordinatore, referente di settore, ...), con l'eventuale intervento di un valutatore di 2° livello (Direttore di Dipartimento o di Struttura o Responsabile S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale aziendale), laddove necessario ai fini di omogeneizzazione delle valutazioni.

La valutazione è diretta alla verifica dei seguenti fattori (graduati in una 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.

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.

Per quanto non riportato nel presente documento si rinvia alla contrattazione collettiva - e in particolare alle norme contenute nei vigenti CC.CC.II.AA. del personale del comparto e delle aree dirigenziali -, nonché alle disposizioni in materia contenute nei regolamenti e nelle istruzioni aziendali di dettaglio.

La gestione dei parametri descritti e la valutazione della performance individuale sia per la dirigenza sia per il comparto è gestita tramite l’ausilio di procedure informatiche, che, anche attraverso moduli web, consentono di registrare in modo sicuro e trasparente le informazioni gestite.

La valutazione annuale della performance dei dirigenti e dei titolari di posizione organizzativa è utilizzata anche ai fini delle verifiche periodiche e di quelle alla scadenza dell’incarico effettuate dal competente Collegio Tecnico (vedere regolamento - **AII. 7**).

4. LE PROCEDURE DI CONCILIAZIONE

In materia di valutazione della performance individuale, l’O.I.V. fa proprie le procedure di conciliazione previste dalle vigenti disposizioni contrattuali.

In particolare, dà atto che eventuali contestazioni rispetto alla valutazione sono valutate da un Collegio Arbitrale, la cui disciplina di dettaglio – per quanto attiene all’ambito di competenza, alla composizione e al funzionamento – è contenuta:

- nell’art.6, c.11, allegato 7 al CCIA 04/02/2009, per il personale dell’area dirigenziale medica veterinaria, il quale prevede che in caso di disaccordo, e a condizione che la valutazione sia inferiore al 75% del punteggio massimo, il dirigente può instaurare il contraddittorio di fronte al collegio arbitrale di cui al comma 5 del medesimo articolo (costituito dal direttore del dipartimento/distretto - o di presidio se il primo è parte - e da un dirigente sindacale aziendale indicato dal dipendente e presieduto da un dirigente dell’azienda scelto dai componenti, davanti al quale le parti svolgono in contraddittorio le proprie considerazioni). Il collegio decide a maggioranza; in caso di decisione unanime le parti sono vincolate ad attenersi alla decisione;
- nell’art.6, c.15, CCIA 11/06/2009, per il personale dell’area dirigenziale sanitaria professionale tecnica amministrativa, il quale prevede che in caso di disaccordo, e a condizione che la valutazione sia inferiore al 75% del punteggio massimo, il dirigente può instaurare il contraddittorio di fronte al collegio arbitrale di cui al comma 6 del medesimo articolo (costituito dal direttore del dipartimento/distretto - o di presidio se il primo è parte - e da un dirigente sindacale aziendale indicato dal dipendente e presieduto da un dirigente dell’azienda scelto dai componenti, davanti al quale le parti svolgono in contraddittorio le proprie considerazioni). Il collegio decide a maggioranza; in caso di decisione unanime le parti sono vincolate ad attenersi alla decisione;
- nell’art.11, c.7, CCIA 03/02/2009, per il personale del comparto, il quale prevede che, in caso di inserimento nella fascia “c” di cui al comma 6 del medesimo articolo (fascia di importo pari al - 20% dello standard, per punteggi di valutazione inferiori al livello minimo della fascia media come

definita dal medesimo CCIA), eventuali contestazioni rispetto alla valutazione sono, su iniziativa del lavoratore, valutate da collegio arbitrale costituito dal direttore del dipartimento/distretto - o di presidio se il primo è parte - o dal responsabile della S.C. Direzione Professioni Sanitarie per il ruolo sanitario - e da un dirigente sindacale aziendale indicato dal dipendente, presieduto da un dirigente dell'azienda scelto dai componenti, davanti al quale le parti svolgono in contraddittorio le proprie considerazioni. Il Collegio decide a maggioranza anche le eventuali modifiche da apportare al documento di valutazione; in caso di decisione unanime le parti sono vincolate ad attenersi alla decisione.

5. RACCORDO E INTEGRAZIONE CON I SISTEMI DI CONTROLLO E I DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E BILANCIO

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del ciclo della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione.

Considerato che il Piano della Performance ed il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance definiscono gli elementi fondamentali dell'intero ciclo di performance, è importante garantire coerenza e coordinamento tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici, piani d'azione e risorse economiche.

La pianificazione della performance e il processo di programmazione dell'ASL CN1 vengono realizzati in coerenza con il Bilancio di previsione annuale e dei documenti ad esso correlati (es. programmazione degli investimenti) e il percorso adottato è il seguente:

- definizione condivisa di obiettivi e significati della pianificazione e della valutazione;
- percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;
- coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

6. AGGIORNAMENTO DEI CONTENUTI

L'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ASL CN1 è di competenza della Direzione Generale che ne definisce i contenuti in stretta collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione, coadiuvato dalla Struttura Tecnica Permanente.

L'art. 7 del D. Lgs. 74/2017 richiede l'aggiornamento del SMVP annuale, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, per cui l'ASL CN1 adotta con apposito provvedimento il presente Sistema di misurazione e valutazione della performance per l'anno 2025.

Le modifiche agli allegati al presente documento non comportano revisione del documento stesso.

7. PUBBLICITÀ

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito internet istituzionale, in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata “Amministrazione Trasparente” dei seguenti documenti:

- a) Piano della Performance completa degli allegati (all’Interno del P.I.A.O.);
- b) Schede descrittive degli obiettivi assegnati alle strutture;
- c) Relazione sulla Performance e relativo documento di validazione;
- d) Nominativi, curricula, compensi e tutta la documentazione inerente i componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione; il regolamento di funzionamento dell’organismo;
- e) Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP);
- f) Tabella relativa all’ammontare complessivo dei premi collegati alle performance stanziati per il Personale del comparto, per l’Area dirigenziale medica e veterinaria e per l’Area dirigenziale sanitaria professionale tecnica amministrativa;
- g) L’analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell’utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

Con la finalità di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione nelle varie fasi del Ciclo di gestione della performance di tutto il personale dipendente, analoga documentazione è inoltre pubblicata sul sito intranet aziendale.

8. ALLEGATI

1. Scheda di valutazione “SV” Direttori S.C. e Dipartimenti (MODOSRU006);
2. Scheda di valutazione integrata “SVI” Dirigenza Medica e Veterinaria (MODOSRU003);
3. Scheda di valutazione integrata “SVI” Dirigenza Sanitaria (MODOSRU004);
4. Scheda di valutazione integrata “SVI” Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa (MODOSRU005);
5. Scheda di valutazione integrata “SV” Posizionati e Coordinatori (MODOSRU002);
6. Scheda di valutazione “SV” personale del comparto (MODOSRU001);
7. Regolamento Collegio Tecnico.