



PIANO DELLA PERFORMANCE ASL CN1 anni 2014-2016

Aggiornamento anno 2016

SOMMARIO

| | |
|---|----|
| 1. Presentazione del Piano della Performance | 4 |
| 1.1 Premessa | 4 |
| 1.2 Finalità | 4 |
| 1.3 Contenuti | 7 |
| 1.4 Principi generali | 8 |
| 2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni..... | 9 |
| 2.1 Chi siamo | 9 |
| 2.1.1 Assetto istituzionale: organi aziendali, organismi collegiali e relative attribuzioni | 15 |
| 2.2 Cosa facciamo..... | 24 |
| 2.3 Come operiamo | 25 |
| 3. Identità..... | 25 |
| 3.1 L'ASL CN1 "in cifre"..... | 26 |
| 3.1.1 Personale Dipendente | 26 |
| 3.1.2 Territorio e Popolazione..... | 28 |
| 3.1.3 Presidio Ospedaliero | 29 |
| 3.1.4 Attività Distrettuale | 34 |
| 3.1.5 La Prevenzione | 43 |
| 3.2 Albero della performance | 51 |
| 4. Analisi del contesto | 55 |
| 4.1 Analisi del contesto esterno | 55 |
| 4.1.1 Contesto socio-economico | 56 |
| 4.1.2 Contesto demografico | 59 |
| 4.1.3 Contesto sanitario..... | 62 |
| 4.2 Analisi del contesto interno | 72 |
| 4.2.1 Il modello organizzativo..... | 73 |
| 4.2.2 Le risorse umane (dotazione, clima, performance, formazione)..... | 78 |
| 4.2.3 Le risorse tecnologiche..... | 87 |
| 4.2.4 Le risorse finanziarie | 87 |
| 5. Obiettivi Strategici..... | 90 |

| | |
|---|-----|
| 5.1 Collegamento Piano della Performance, Piano della prevenzione della corruzione e Programma per la Trasparenza e l'Integrità | 93 |
| 6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi | 95 |
| 6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale..... | 100 |
| 7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance | 102 |
| 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano | 102 |
| 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio..... | 103 |
| 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance | 104 |
| 8. Allegati tecnici..... | 105 |

1. Presentazione del Piano della Performance

1.1 Premessa

Anche quest'anno, l'ASL CN1 presenta il proprio Piano della Performance per l'anno 2016. Questo documento nasce per illustrare il quadro degli obiettivi e delle attività che la nostra ASL intende perseguire nel prossimo anno, con la finalità di garantire la massima trasparenza ed informazione ai dipendenti e ai cittadini dell'ASL CN1 su ciò che fa l'ASL e quali sono le attività ed il lavoro programmato.

In particolare, il 2016 si presenta come un anno di transizione organizzativa, tenuto conto che negli ultimi mesi del 2015 l'Azienda si è dotata di un nuovo Atto Aziendale e nel corrente anno sarà necessario adeguare l'organizzazione aziendale nella struttura e nelle procedure definite nel nuovo Atto Aziendale.

Pertanto la novità maggiore di questo documento, rispetto agli anni scorsi, risiede nella definizione della nuova organizzazione, che porterà con sé anche la revisione delle procedure tipiche della performance e che in questa fase sono ancora in costruzione e sperimentazione.

Il sistema della performance e delle correlate premialità risente infatti fortemente delle continue evoluzioni aziendali finalizzate ad una migliore risposta agli utenti; tanto di più la riorganizzazione aziendale influirà su tali metodologie e sulle applicazioni nella gestione operativa.

1.2 Finalità

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150: si parte dalla definizione degli obiettivi, si prosegue durante l'anno al loro monitoraggio e controllo, fino ad arrivare, l'anno successivo, alla verifica di come sono andate le attività previste ed a misurare i risultati raggiunti. Programmare per tempo gli obiettivi e controllare successivamente l'esito del lavoro che è stato fatto, è un passo decisivo per poter rendicontare alla collettività su come sono utilizzate le risorse pubbliche e su come viene gestito il complesso sistema al servizio della salute dei cittadini. Il Piano

della performance è, quindi, uno degli strumenti indispensabili per migliorare l'attività di programmazione e di controllo delle Aziende Sanitarie e di conseguenza garantire migliori servizi a favore della collettività. Per fare questo occorre verificare con la massima attenzione i risultati ottenuti e le risorse impiegate ed essere pronti, se necessario, a decidere con tempestività correzioni di quanto pianificato.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150), infatti, è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale CN1.

Il Piano della performance definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Essendo un atto di programmazione di medio periodo, il Piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- a) obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b) modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c) modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria (Atto Aziendale).

Nel Piano vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

La prima finalità del Piano riguarda la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi.

L'articolo 5, comma 2 del decreto richiede, infatti, che gli obiettivi siano:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;

- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con conferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili.

La seconda finalità del Piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività, garantendo al tempo stesso la massima trasparenza ed informazione nei confronti dei cittadini. La terza finalità del Piano è relativa all'attendibilità della rappresentazione della performance. La rappresentazione della performance è attendibile solo se è verificabile ex post la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28/10/2010 ed alla delibera n. 6/2013 del 17/01/2013 emanata dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (A.N.AC.) e la Delibera della Giunta Regionale del Piemonte n. 25-6944 del 23/12/2013.

Il Piano della Performance avvia il processo definito nel ciclo della performance, descritto nel Sistema di Misurazione e Valutazione (Si.Mi.Va.P.) dell'ASL CN1, che l'Azienda ha adottato con delibera n. 492 del 23/12/2014.

Tale documento è lo strumento operativo che dal 01/01/2015 l'Azienda utilizza al fine della valutazione annuale della performance organizzativa e individuale; tale Sistema infatti, unitamente al presente Piano della Performance, traduce l'attenzione al processo di budget della nostra Azienda e pone l'accento sul contributo che ciascun soggetto dell'Azienda apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL CN1. Il Sistema è stato adottato ai sensi della D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013 avente ad oggetto "Linee

di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.V.) in applicazione del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione”.

1.3 Contenuti

Il Piano della performance (art. 5, comma 1 e art. 10, comma 1 del D.Lgs 150/2009), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Secondo quanto previsto dall’articolo 10, comma 1 del decreto, all’interno del Piano vengono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli indirizzi strategici (art. 15, comma 2 lett. b del decreto) sono programmati su base triennale e definiti, prima dell’inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Secondo quanto previsto dall’art. 10, comma 3 del decreto, eventuali variazioni durante l’esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa sono tempestivamente inseriti all’interno del Piano. Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall’organo di indirizzo politico amministrativo in caso di necessità, che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell’andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (art. 6, comma 1 del decreto).

Il procedimento di programmazione degli obiettivi verrà condotto nei tempi e con le modalità proprie del ciclo di programmazione e controllo strategico e del ciclo di programmazione del sistema di valutazione.

Il Piano è reso conoscibile e scaricabile on line sul sito dell’Azienda (www.aslcn1.it) nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

1.4 Principi generali

Il Piano della performance dell'ASL CN1, in coerenza alle previsioni del D.Lgs 150/2009 ed alle indicazioni fornite dalla Civit con deliberazione 112/2010, si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

Principio della Trasparenza

L'art. 11, comma 3 del decreto, richiede alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance. L'ASL CN1 pubblicherà pertanto il Piano della performance sul proprio sito istituzionale in apposita sezione, di facile accesso e consultazione e denominata "Amministrazione Trasparente". Inoltre, ai sensi dell'art. 10, comma 2 del D.Lgs 150/2009, il Piano verrà trasmesso all'Autorità Nazionale AntiCorruzione (A.N.AC.), al Dipartimento della Funzione Pubblica ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Direzione Sanità della Regione Piemonte. L'Azienda infine presenterà il Piano, nelle forme e nelle sedi più opportune, agli interlocutori e destinatari interni (Dirigenti, Rappresentanze sindacali), all'Organismo Indipendente di Valutazione ed ai portatori di interesse esterni (Conferenza dei Servizi, Organizzazioni sindacali, Tribunale del malato, ecc...), anche attraverso la comunicazione organizzata nella Giornata della Trasparenza.

Principio della Immediata Intelligibilità

Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed ai portatori di interesse esterni, il Piano viene proposto secondo una struttura multi-livello prevedendo, pertanto, una parte principale del Piano e relativi allegati, nei quali sono esplicitati alcuni contenuti ed approfondimenti tecnici.

Principio della Veridicità e Verificabilità

Per ciascun indicatore individuato viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infrannuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (Direzione, Organismo Indipendente di Valutazione, Dirigenti e Strutture).

Principio della Partecipazione

Il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema.

Principio dell'Orizzonte pluriennale

La norma prevede un arco temporale di riferimento triennale, con scomposizione in obiettivi annuali secondo una logica di scorrimento.

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

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale CN1 è costituita ai sensi dell'art. 18 della Legge Regionale 06/08/2007 n. 18, della Deliberazione del Consiglio Regionale n. 136-39452 del 22/10/2007, allegato A) e del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 84 del 17/12/2007 ed opera dal 1° gennaio 2008. Essa è costituita dalla fusione delle Aziende Sanitarie Locali n. 15, 16 e 17. Ha sede legale in Cuneo in via Carlo Boggio n. 12.

L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e svolge la funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa sia come diritto fondamentale dell'individuo, sia come interesse della collettività.

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 42-1921 del 27 luglio 2015 "Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28 dicembre 2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A "Principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012", ha disposto che le Aziende sanitarie procedessero, in conformità ai succitati principi e criteri, alla riadozione dell'Atto Aziendale. Pertanto con delibera 201 del 21/09/2015 e con successive delibere di rettifica conformi agli indirizzi regionali (delibera 232 del 23/10/2015 e delibera 259 del 13/11/2015) l'Azienda ha riadottato il proprio Atto Aziendale che è stato infine recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. 53-2487 del 23/11/2015 e con cui ha attuato una nuova logica organizzativa, rendendo opportuna la revisione dei criteri di organizzazione per

conformarli alle esigenze della programmazione sanitaria regionale, finalizzata alla massima integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e alla razionalizzazione dei costi.

Articolazione territoriale a livello centrale, distrettuale ed ospedaliero

In considerazione della complessità aziendale il Direttore Generale, in accordo con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, può individuare referenti dell'area territoriale e dell'area ospedaliera, scegliendoli fra i Direttori facenti parte del Collegio di Direzione, con possibilità di assegnare loro, mediante delega, competenze operative nei rispettivi ambiti.

L'Azienda ispira la propria organizzazione a criteri di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, dell'autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità, limitando lo sviluppo verticale delle strutture e dei livelli di responsabilità.

Ciò si traduce, per quanto possibile ed opportuno, nella attribuzione e nella delega esplicita di poteri e nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere meglio coinvolti nella gestione aziendale e sia possibile una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati, tenuto conto delle risorse messe a disposizione. L'Azienda ha disciplinato con il Piano di Organizzazione l'articolazione dei poteri e delle responsabilità dei dirigenti.

La struttura organizzativa

L'Azienda si articola in Distretti ed è organizzata in:

- Dipartimenti;
- Strutture organizzative complesse, semplici dipartimentali, semplici.

Sono altresì previsti i Dipartimenti funzionali e i Gruppi di Progetto.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali.

Il Piano di Organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale CN1 è il documento che:

- rappresenta le articolazioni organizzative aziendali, le corrispondenti relazioni funzionali e gerarchiche e definisce le materie di competenza, comprese quelle delegate dal Direttore Generale;
- richiama l'insieme dei meccanismi operativi attraverso cui si espleta il sistema di relazioni organizzative formalizzate;

- riporta l'elenco dei datori di lavoro delegati.

Il Piano di Organizzazione viene aggiornato periodicamente con deliberazione della Direzione aziendale, che ne modifica i contenuti laddove necessario.

L'organigramma dell'ASL CN1 è rappresentato nell'allegato al presente documento (allegato B1)

I Distretti

Il Distretto è un'articolazione territoriale cui è attribuita autonomia organizzativa e gestionale, nei limiti previsti dal presente Atto e nel rispetto della normativa vigente.

L'ASL CN1 è suddivisa in quattro Distretti, in line alla Direzione Aziendale, comprendenti complessivamente centosettantacinque Comuni, gestiti da quattro Strutture complesse; ciascuno dei Distretti si avvale del proprio Comitato dei Sindaci come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei propri cittadini e per le altre incombenze previste dalla vigente normativa. I Distretti previsti sono:

- Distretto Sud-Ovest;
- Distretto Sud-Est
- Distretto Nord-Ovest
- Distretto Nord-Est

I Distretti Sud-Ovest e Sud –Est sono istituiti dal nuovo Atto aziendale con gli ambiti territoriali corrispondenti ai precedenti Distretti rispettivamente di Dronero e Cuneo-Borgo San Dalmazzo il primo e il secondo a Mondovì e Ceva. Il Distretto di Nord-Ovest corrisponde all'area saluzzese e il Distretto di Nord-Est corrisponde al territorio di Savigliano e Fossano.

L'organizzazione distrettuale

Il Direttore del Distretto rappresenta la Direzione Generale nel rapporto con gli Enti Locali e con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000, attua gli indirizzi e le strategie della Direzione Generale, orienta la gestione ed il coordinamento delle risorse in modo da favorire la massima accessibilità della popolazione alle strutture e ai servizi, nonché l'integrazione tra i servizi territoriali ed ospedalieri e la continuità assistenziale.

Il Dipartimento

Il Dipartimento costituisce la tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie,

flessibili, tempestive, razionali e esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanze delle risorse. Il Dipartimento è gerarchicamente sovraordinato alle Strutture che lo compongono.

L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali. L'ASL CN1 prevede la creazione di Dipartimenti strutturali gestionali, in line alla Direzione Sanitaria, anche interaziendali. Infatti, l'Azienda promuove, ai fini della razionalizzazione ed omogeneizzazione del sistema di offerta, forme di collaborazione organizzativa con altre Aziende sanitarie, favorendo la realizzazione di Dipartimenti interaziendali.

Le strutture operative: identificazione, criteri di istituzione, esplicitazione del livello di autonomia gestionale

Le strutture complesse e semplici sono individuate sulla base degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale, nell'ottica di una gestione unitaria ed integrata delle attività, evitando la frammentazione delle funzioni e tenendo conto dei livelli di attività legati alle ipotesi di sviluppo o di contrazione delle funzioni medesime. In particolare il livello di specializzazione delle strutture deve essere supportato da adeguati volumi di attività e dovrà raccordarsi con i livelli di specializzazione già presenti, previsti negli atti di programmazione regionale.

Le Strutture complesse

Le Strutture complesse sono articolazioni dotate di elevato grado di autonomia decisionale ed operativa in ambito organizzativo o gestionale, di responsabilità funzionale e di rilevanti risorse proprie dedicate allo svolgimento dei processi e delle funzioni di competenza.

Le Strutture complesse Interaziendali

L'Azienda promuove, ai fini della razionalizzazione ed omogeneizzazione del sistema di offerta, forme di collaborazione organizzativa con altre Aziende sanitarie favorendo, nell'ambito del numero totale di Strutture complesse attribuite alle Aziende, la realizzazione di Strutture Interaziendali. I Direttori delle Strutture complesse Interaziendali operano nel rispetto della programmazione, degli obiettivi e delle direttive definite dalle Direzioni aziendali interessate.

Le Strutture semplici dipartimentali e le Strutture semplici

Ordinariamente le Strutture semplici costituiscono articolazioni organizzative interne dei Dipartimenti e delle Strutture complesse. Le Strutture semplici dipartimentali sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse e processi, il cui responsabile dipende direttamente dal Direttore di Dipartimento. Le Strutture semplici costituiscono articolazioni organizzative interne delle Strutture complesse.

Le Strutture semplici dipartimentali Interaziendali e le Strutture semplici Interaziendali

L'Azienda promuove, ai fini della razionalizzazione ed omogeneizzazione del sistema di offerta, forme di collaborazione organizzativa con altre Aziende sanitarie favorendo, nell'ambito del numero totale di Strutture semplici dipartimentali e Strutture semplici attribuite alle Aziende, la realizzazione di Strutture Interaziendali. I Responsabili delle Strutture semplici dipartimentali Interaziendali e delle Strutture semplici Interaziendali operano nel rispetto della programmazione, degli obiettivi e delle direttive definite dalle Direzioni aziendali interessate.

I Dipartimenti funzionali e i gruppi di progetto

I Dipartimenti funzionali aggregano strutture operative non omogenee, interdisciplinari, anche a livello interaziendale, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica rispetto a patologie e percorsi dei pazienti in cui prevalgano esigenze di carattere professionale e tecnico.

La Direzione Generale può costituire Gruppi di progetto, anche a valenza interaziendale, nonché con enti pubblici e privati accreditati o appartenenti al terzo settore correlati a linee di intervento previste dal piano strategico aziendale, qualora si verifichi la necessità che più soggetti, anche con differenti rapporti contrattuali, operino in accordo e stretto collegamento fra loro e non sussistano i requisiti per la creazione di articolazioni organizzative stabili quali il Dipartimento, ancorché funzionale.

Il Presidio Ospedaliero

Il Presidio Ospedaliero dell'ASL CN1 è un sistema di organizzazione a rete di tutti gli stabilimenti, che si articola su due poli:

a) quello dell'area nord dell'Azienda, che ha come riferimento l'Ospedale cardine di Savigliano,

quello territoriale di Saluzzo e quello di Fossano, che rappresenta la struttura riabilitativa di riferimento per tutto il territorio aziendale dell'ASL CN1, comprendendo anche l'AO S. Croce;

b) quello dell'area sud dell'Azienda, che ha come riferimento l'Ospedale cardine di Mondovì e quello territoriale di Ceva.

Il modello organizzativo del Presidio Ospedaliero è orientato a garantire, da un lato la migliore e più appropriata risposta assistenziale al paziente e, dall'altro, una gestione efficiente delle risorse produttive disponibili all'interno della rete ospedaliera. La realizzazione di tale modello prevede lo sviluppo di soluzioni basate sul principio dell'intensità di cura.

In ciascuna struttura ospedaliera possono essere previste piattaforme logistico-produttive (ad es. aree di degenza, ambulatori, sale operatorie) comuni a strutture appartenenti allo stesso o a diversi Dipartimenti ospedalieri. In particolare, le attività di degenza possono essere strutturate "per intensità di cura", in relazione a criteri quali: il grado di urgenza, l'assorbimento di tecnologie, la complessità assistenziale o l'instabilità clinica.

L'organizzazione ospedaliera

Sono previste due Direzioni Sanitarie in corrispondenza delle sedi DEA:

a) una per gli stabilimenti ospedalieri dell'area nord, ubicata presso l'Ospedale cardine di Savigliano;

b) una per gli stabilimenti ospedalieri dell'area sud, ubicata presso l'Ospedale cardine di Mondovì.

Sede legale e logo

L'Azienda Sanitaria Locale CN1 ha sede legale in Cuneo, via Carlo Boggio 12; all'Azienda sono stati assegnati il codice fiscale e la partita I.V.A. 01128930045.

Il simbolo identificativo dell'ASL CN1 è costituito graficamente dall'immagine derivante dalla fusione di linee che identificano i percorsi all'interno del "sistema salute" unendosi per formare una croce, simbolo della sanità.

Sulla sinistra la figura rappresenta le tre precedenti realtà che si fondono per formare la nuova grande azienda. I colori (rosso, verde e blu) sono ripresi dal logo della Provincia di Cuneo per identificare l'appartenenza territoriale dell'azienda.

L'ASL CN1 utilizza il Marchio 'CN1 ASL CUNEOUNO' e i correlati marchi settoriali, approvati con apposito provvedimento e regolati da specifico manuale d'uso, quali strumenti di comunicazione aziendale.

2.1.1 Assetto istituzionale: organi aziendali, organismi collegiali e relative attribuzioni

Assetto istituzionale e organi dell'Azienda

Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio di Direzione, il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo cui competono tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda. Il Direttore esercita le funzioni attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi o con atti di diritto privato. Rientrano fra le competenze del Direttore Generale:

- a) la definizione, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, degli obiettivi dei programmi aziendali da attuare, con indicazione contestuale delle relative priorità e la individuazione delle risorse necessarie al loro conseguimento, anche sulla base delle proposte formulate dal Direttore Sanitario e dal Direttore amministrativo, con il supporto del Collegio di Direzione;
- b) la verifica di rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite, con il supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) l'adozione dell'Atto Aziendale;
- d) l'adozione dei Regolamenti interni e delle Procedure per l'organizzazione, la gestione e il funzionamento dell'Azienda;
- e) l'adozione degli atti di "alta amministrazione" e soggetti ad approvazione della Giunta Regionale, ed in particolare l'adozione del Piano Programmatico, del Bilancio Pluriennale di Previsione, del Bilancio Economico Preventivo, del Bilancio Consuntivo di Esercizio;
- f) la programmazione del fabbisogno qualitativo e quantitativo del personale;
- g) l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, la stipulazione di contratti a tempo determinato per funzioni di interesse strategico, il conferimento di contratti per l'attuazione di

progetti finalizzati;

h) l'adozione di tutti quegli atti che la normativa attribuisce alla sua diretta competenza.

Spetta al Direttore Generale o suo delegato la rappresentanza in giudizio dell'Azienda ed ogni decisione in merito alla promozione e resistenza alle liti, nonché il potere di conciliare e transigere. Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore amministrativo e può avvalersi di singoli Direttori, facenti parte del Collegio di Direzione, con possibilità di assegnare loro, mediante delega, competenze operative negli ambiti di competenza.

Il Collegio di Direzione

Il Direttore Generale, nell'espletamento delle funzioni di governo e di direzione strategica della gestione aziendale, si avvale del Collegio di Direzione, nel quale sono rappresentate le articolazioni organizzative dell'Azienda. Ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. il Collegio di Direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il Direttore Generale si avvale, inoltre, del Collegio di Direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda e atti di programmazione per lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale. Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale con proprio provvedimento ed è formato dai seguenti componenti con diritto di voto:

- a) dal Direttore Amministrativo
- b) dal Direttore Sanitario
- c) dai Direttori dei Dipartimenti aziendali e interaziendali
- d) dai Direttori di Distretto
- e) dai Direttori di Presidio

f) dal Direttore della Farmacia Ospedaliera

g) dal Direttore Di.P.Sa.

h) dal Direttore Gestione Risorse Umane

i) dal Direttore del Servizio Tecnico

Il Collegio è formato inoltre dai seguenti componenti senza diritto di voto:

a) dai Responsabili dei Gruppi di Progetto

b) dal Responsabile della Struttura Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione

c) dal Responsabile della Struttura Strategie Aziendali e Ciclo della Performance

d) da un rappresentante dei Medici di medicina generale

e) da un rappresentante dei Pediatri di libera scelta.

Il Collegio Sindacale

Le funzioni attribuite al Collegio Sindacale sono le seguenti:

a) vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e verifica la regolarità amministrativa contabile dell'Azienda;

b) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale annuale alle risultanze delle scritture contabili e dei registri obbligatori, li sottoscrive e redige apposita relazione da allegare al rendiconto stesso esprimendo eventuali proposte tendenti a conseguire una migliore efficienza, produttività ed economicità della gestione;

c) esamina gli atti di bilancio e quelli di cui all'articolo 4, comma 8 della legge 412/91;

d) effettua, almeno trimestralmente, verifiche per accertare la consistenza di cassa;

e) può chiedere notizie al Direttore Generale, che è tenuto a fornirle, sull'andamento dell'Azienda;

f) redige, almeno semestralmente, una relazione sull'andamento dell'Azienda e la trasmette alla Regione, al ministero del tesoro nonché al Direttore Generale e alla rappresentanza dei Comuni;

g) svolge ogni altra attribuzione ad esso affidata dalla legge.

I Sindaci possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo presso gli uffici e le strutture dell'Azienda e prendere visione di tutti gli atti amministrativi e contabili; qualora dalle attività di vigilanza e di verifica effettuate emergano gravi irregolarità nella gestione o questa presenti situazioni di disavanzo, il Collegio dei Sindaci ne dà immediata comunicazione al Presidente della Giunta Regionale.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale; ai sensi delle previsioni di cui all'art. 3 del D.Lgs. 502/92 s.m.i. il Direttore Sanitario:

- a) concorre al governo aziendale, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, partecipando al processo di pianificazione strategica e di programmazione dell'Azienda;
- b) dirige le strutture organizzative sanitarie ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, in conformità agli indirizzi generali di programmazione nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate ad altri livelli aziendali;
- c) promuove le attività relative al governo clinico avvalendosi dei Responsabili delle strutture dei servizi sanitari e di tutela della salute nell'ambito delle disponibilità finanziarie;
- d) promuove l'attuazione dei principi aziendali di accessibilità, equità, appropriatezza e qualità dei servizi, nonché l'integrazione fra le attività ambulatoriali ospedaliere e territoriali;
- e) promuove lo sviluppo della qualità e della efficienza tecnica e operativa della produzione sanitaria, anche attraverso delega al Direttore della Direzione medica dei presidi.
- f) presiede il Consiglio dei Sanitari;
- g) svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale, lo coadiuva e dirige le strutture tecnico-amministrative dell'Azienda, in conformità alle linee generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, al fine di garantire efficacia organizzativa e ottenere il miglior impiego delle competenze tecnico-professionali e gestionali presenti ai vari livelli dirigenziali.

Il Direttore Amministrativo:

- a) concorre al governo aziendale, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, partecipando al processo di pianificazione strategica e di programmazione dell'Azienda;
- b) dirige le strutture organizzative amministrative e coordina l'attività di quelle rientranti nell'area

funzionale tecnico-professionale, in conformità agli indirizzi generali di programmazione nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate ad altri livelli aziendali;

c) presiede all'attuazione del sistema di governo economico, finanziario e patrimoniale dell'Azienda;

d) assicura, in un processo di innovazione continua, la coerenza delle funzioni di supporto amministrativo, tecnico logistico con le strategie aziendali, l'innovazione in materia di risorse umane, acquisti e informatiche, la reingegnerizzazione dei processi nonché la promozione di una evoluzione continua degli strumenti manageriali di programmazione, gestione e controllo;

e) assicura la legittimità degli atti amministrativi afferenti al processo di deliberazione del Direttore Generale.

Il Direttore Amministrativo fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

L'assetto locale politico istituzionale

L'Azienda, per tutti i processi di pianificazione, promuove l'interazione con gli Enti locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello locale, attraverso la Conferenza dei Sindaci, la Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci e il Comitato dei Sindaci di Distretto, che esercitano le competenze loro riservate dalle norme nazionali e regionali. In particolare, il Comitato dei sindaci di Distretto è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale; il Comitato è composto dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale dei Distretti. La Conferenza dei Sindaci e la Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci disciplinano la loro attività con un Regolamento; ciascun Comitato si dota di un proprio Regolamento di funzionamento.

Gli organismi

I principali organismi aziendali e interaziendali sono i seguenti:

- **Il Consiglio dei Sanitari**

Il Consiglio dei Sanitari è organismo collegiale elettivo di direzione e partecipazione, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria; lo presiede il Direttore Sanitario d'Azienda. Il Consiglio dei Sanitari fornisce, nei casi previsti dalla normativa, parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività

tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti; si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. L'organizzazione e il funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati da apposita deliberazione della Giunta Regionale e da Regolamento aziendale.

- **L'organismo Indipendente di Valutazione**

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) è un ufficio collegiale, nominato dal Direttore Generale, composto da tre membri, di cui due esterni ed uno interno all'organizzazione dell'Azienda, voluto dal D. Lgs. 150 del 2009, e disciplinato per le Aziende Sanitarie piemontesi secondo le indicazioni della D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013. La durata dell'incarico di componente dell'OIV è triennale, con possibilità di un rinnovo. L'OIV svolge varie funzioni disciplinate dal D.Lgs. 150/2009 e norme successive, nonché dalla citata D.G.R. del 23.12.13, nel campo della "misurazione e valutazione della performance" e del controllo strategico; inoltre monitora il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso; attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità; verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità. L'attività dell'O.I.V. è disciplinata da specifico Regolamento aziendale. L'Organismo Indipendente di Valutazione si avvale della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance, come previsto ai commi 9 e 10 dell'art. 14 del Decreto.

- **Il Collegio Tecnico**

Il Collegio tecnico è l'organismo preposto alla verifica dell'attività dei dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo. Il Collegio tecnico è nominato dal Direttore Generale e opera in composizione diversificata in relazione alle differenti tipologie di dirigenti da verificare; procede alla verifica e valutazione previste da norme e contratti collettivi.

- **Il Comitato Unico di Garanzia**

Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), previsto dall'art. 21 della Legge 183/2010, sostituisce in Azienda, unificandone le competenze in un solo organismo, il Comitato per le Pari Opportunità e il Comitato

paritetico per il fenomeno del Mobbing e di questi assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni. Ha compiti propositivi, consultivi e di verifica ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'Azienda. Il CUG è stato costituito presso l'Azienda nel 2012 e la sua definizione avviene con apposito provvedimento della Direzione Generale.

- **La Commissione Paritetica competente in materia di Attività Libero Professionale**

Ai sensi dell'art. 6 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, è istituita presso l'Azienda la Commissione paritetica competente in materia di attività libero professionale intramoenia.

- **La Conferenza dei Servizi aziendali di Partecipazione**

Al fine di garantire agli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale, un ruolo partecipativo nella programmazione e valutazione dei servizi aziendali, in armonia con il D. Lgs. 502/1992, del D.P.C.M. 19/09/1995 "Carta dei servizi sanitari" e le indicazioni regionali, è istituita presso l'Azienda la Conferenza dei servizi aziendali di partecipazione, il cui funzionamento è definito in apposito regolamento aziendale.

- **La Commissione Farmaceutica (Interaziendale con AO S. Croce)**

La Commissione Farmaceutica Interaziendale è costituita per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei medici delle Aziende coinvolte e per la promozione della continuità assistenziale, secondo la D.G.R. 76-4318 del 13/11/2006. La Commissione Farmaceutica Interaziendale si occupa di informazione ed aggiornamento sui farmaci, di monitoraggio dei comportamenti prescrittivi a seguito di visita ambulatoriale o di dimissioni, di promozione ed ottimizzazione dei percorsi di continuità terapeutica tra ospedale e territorio e di valutazione dell'impatto delle prescrizioni ospedaliere sulla spesa farmaceutica territoriale. La composizione e le modalità di funzionamento della Commissione sono disciplinate dalla D.G.R. sopra richiamata, e verranno definite, a livello interaziendale, con apposito Regolamento, proposto dalle Direzioni Sanitarie ed approvato dalle Direzioni Generali delle due Aziende.

- **Il Comitato di Dipartimento**

Il Comitato di Dipartimento è costituito dai Responsabili delle Strutture complesse e dai Responsabili delle Strutture semplici a valenza dipartimentale appartenenti a ciascun

Dipartimento, dai Coordinatori Dipartimentali delle Professioni Sanitarie e per i Dipartimenti dal Direttore Sanitario o suo delegato, ospedaliero e/o territoriale. Ciascun Dipartimento adotta specifico Regolamento per il funzionamento del Comitato, sulla base delle disposizioni regionali e dello schema aziendale; il Regolamento è soggetto all'approvazione del Direttore Generale. Il Direttore del Dipartimento può invitare alle sedute, senza diritto di voto, nelle modalità e nei limiti previsti dal Regolamento del Dipartimento, altri soggetti di volta in volta individuati come interlocutori di interesse.

- **Il Comitato Infezioni correlate all'assistenza (Interaziendale con AO S. Croce)**

Il Comitato aziendale per il controllo delle Infezioni Ospedaliere ha il compito di vigilare e presidiare gli aspetti relativi al controllo delle infezioni trasmesse in ambito ospedaliero. Il CIO provvede inoltre a verificare tutti i casi epidemici e a predisporre le linee guida, i protocolli, le azioni di miglioramento e le attività formative necessarie a controllare e a ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria valutando anche i dispositivi, le attrezzature ed i prodotti utilizzati. La composizione e le modalità di funzionamento del Comitato verranno definite sulla base degli indirizzi regionali, a livello interaziendale, con apposito Regolamento, approvato dalle Direzioni Generali e proposto dalle Direzioni Sanitarie delle due Aziende.

- **Il Comitato Etico**

L'Azienda ammette la partecipazione di sue Strutture e di suoi professionisti ad attività di Ricerca e di Sperimentazione, in collaborazione con istituzioni pubbliche o imprese private attive nel settore medico, anche ricevendone contributi per lo svolgimento di ricerche particolari attinenti ai compiti istituzionali. Per vagliare preventivamente l'accesso delle Aziende Sanitarie alla attività di Ricerca e di Sperimentazione, la Regione ha definito la Rete regionale dei Comitati Etici, che ha posto l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle capofila, cui afferiscono le ASL CN1, CN2 e Asti. Il Comitato Etico esercita le competenze previste dalla normativa vigente in materia di sperimentazione clinica (D. Lgs. 211/2003 e Decreto Min. Salute 12 maggio 2006), provvedendo in particolare a:

- a) valutare la presenza in azienda delle condizioni idonee ad una determinata sperimentazione clinica e fornire indicazioni sulla sua fattibilità e attendibilità;
- b) verificare e monitorare le implicazioni assicurative relative ad ogni sperimentazione;

c) fornire indicazioni e parere alle strutture sanitarie interessate alla sperimentazione in relazione a questioni di carattere bioetico.

La Direzione generale può richiedere al Comitato Etico pareri e valutazioni in merito ad attività e azioni sanitarie, anche non connesse alla sperimentazione clinica, che comportino la soluzione di problematiche riconducibili alla sfera dell'etica.

- **Il Comitato Ospedale e Territorio senza dolore**

Il Comitato 'Ospedale e Territorio senza Dolore', costituito presso l'ASL CN1, si occupa della predisposizione e dell'attuazione di progetti per la lotta al "Dolore evitabile" in Ospedale e nelle cure sul Territorio.

Le funzioni

Le principali funzioni aziendali sono le seguenti:

- **Il Servizio Sociale Aziendale**

Il Servizio Sociale Aziendale afferisce alla Direzione delle Professioni Sanitarie. Il Servizio Sociale Aziendale concorre alla pianificazione strategica aziendale, permettendo di valorizzare le funzioni attualmente svolte dagli Assistenti Sociali dell'azienda sanitaria, a garanzia della tutela dei cittadini per garantire appropriati percorsi socio sanitari.

Il riconoscimento del Servizio Sociale Aziendale concorre:

- all'integrazione tra sociale, socio-assistenziale e sanitario, attraverso la messa in rete delle risorse come risposta alla complessità delle problematiche espresse dall'utenza;
- all'esigenza di promuovere un uso sempre più efficiente delle risorse sanitarie, sociali e del Terzo Settore;
- alla promozione, realizzazione e valutazione di progetti di ricerca e innovazione dei processi assistenziali socio sanitari;
- allo sviluppo di sperimentazioni organizzativo-gestionali, anche mediante l'uso di indicatori specifici, nelle realtà locali e regionali.

- **La Gestione dei Sinistri**

In ottemperanza alle linee guida regionali è demandata all'Azienda la seguente attività:

- gestione dell'attività istruttoria amministrativa correlata alla ricezione di richieste risarcimento

- danni RC Terzi, indipendentemente dal valore delle stesse;
- gestione diretta e completa dell'attività amministrativa relativa a sinistri rientranti, per valore, nella franchigia contrattualmente prevista;
 - partecipazione diretta, con due componenti, uno dell'area medico-legale ed uno dell' area giuridico-amministrativa, all'attività del Comitato Gestione Sinistri sovrazonale di riferimento, in caso di sinistri che rientrano nei limiti di valore definiti dai provvedimenti amministrativi regionali, e comunque nell'ambito del fondo Speciale regionale;
 - funzioni di coordinamento nei casi previsti di esternalizzazione del servizio gestione sinistro, con le attività del 'Loss Adjuster', della Compagnia di assicurazioni e del Broker;
 - segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti, in ordine alla liquidazione dei sinistri che comportano l'esborso di oneri a carico dell'ASR.

● **La Trasparenza**

L'Azienda intende garantire la massima trasparenza dando applicazione ai principi contenuti nei D. Lgs. 150/2009 e 33/2013 e loro s.m.i.. La funzione viene attribuita con apposito provvedimento della Direzione Generale e rimane in capo alla Struttura attualmente investita fino a nuovo provvedimento. Il sito web aziendale costituisce lo strumento principale per fornire le informazioni al cittadino/utente che saranno consultabili in un'apposita sezione.

● **La Prevenzione della Corruzione**

L'Azienda adotta tutti gli strumenti necessari per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, secondo le disposizioni previste nella Legge 190/2012 e s.m.i.. La funzione viene attribuita con apposito provvedimento della Direzione Generale e rimane in capo alla Struttura attualmente investita fino a nuovo provvedimento.

2.2 Cosa facciamo

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.

2.3 Come operiamo

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 del fabbisogno 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.

3. Identità

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e deve essere sviluppata, specie per quanto riguarda la missione e l'albero della performance, attraverso l'apporto congiunto dei seguenti attori:

- vertici dell'amministrazione;

- dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;
- altri stakeholder interni (personale);
- stakeholder esterni.

In altri termini, ciascuno di questi attori contribuisce, secondo momenti e iniziative di condivisione che vengono individuati dall'organizzazione – e ciascuno in funzione del proprio ruolo – alla esplicitazione dell'identità dell'organizzazione che servirà come punto di riferimento per lo sviluppo delle fasi successive del processo di definizione del Piano.

3.1 L'ASL CN1 "in cifre"

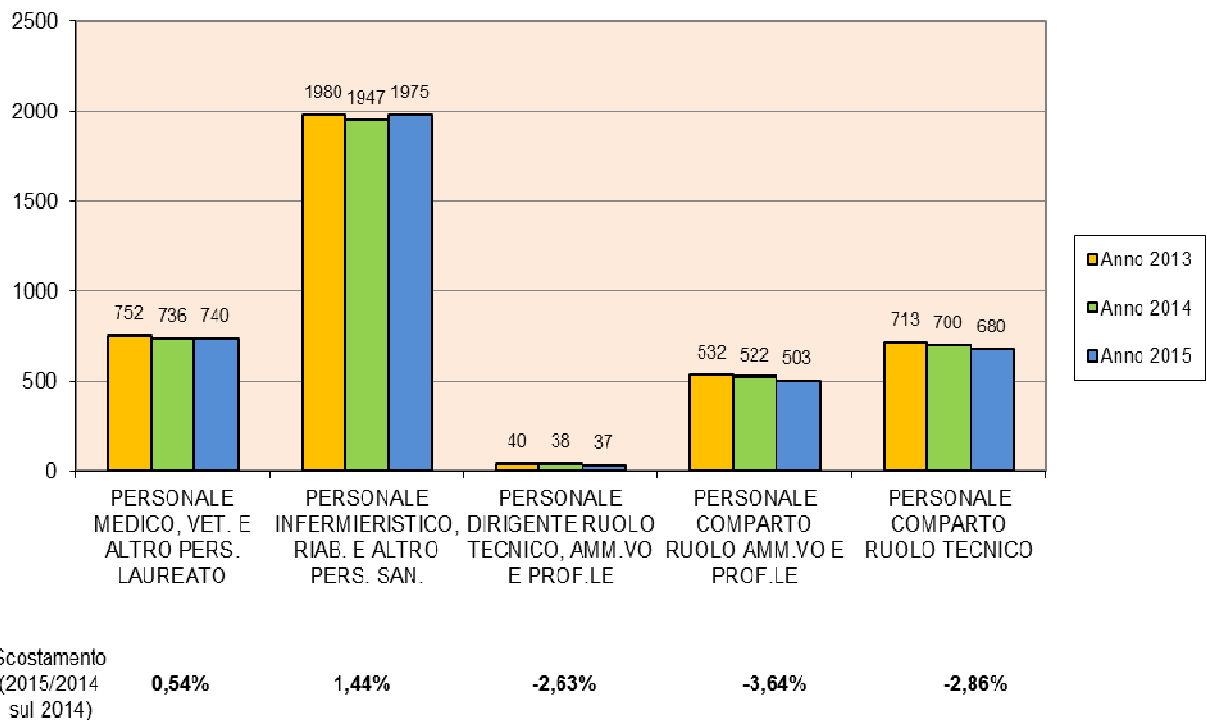
3.1.1 Personale Dipendente

Il personale dipendente è una risorsa essenziale per il funzionamento dell'ASL CN1 e rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini. E' suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

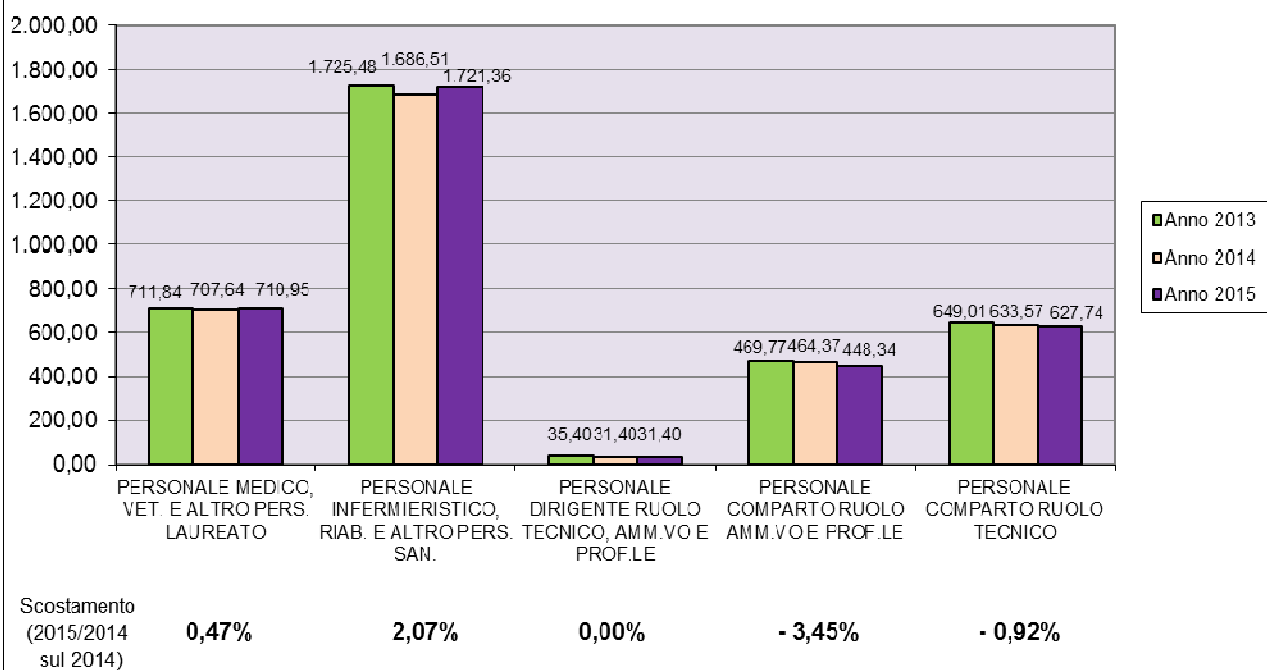
Composizione del personale dipendente (dati anno 2015)

| | |
|--|--------------|
| personale medico, veterinario e altro personale laureato | 740 |
| personale infermieristico, riabilitativo e altro personale sanitario | 1.975 |
| personale dirigente ruolo tecnico, amministrativo e professionale | 37 |
| personale comparto ruolo amministrativo e professionale | 503 |
| personale comparto ruolo tecnico | 680 |
| totale | 3.935 |

DOTAZIONE ORGANICA



PRESENZE MEDIE EFFETTIVE



3.1.2 Territorio e Popolazione

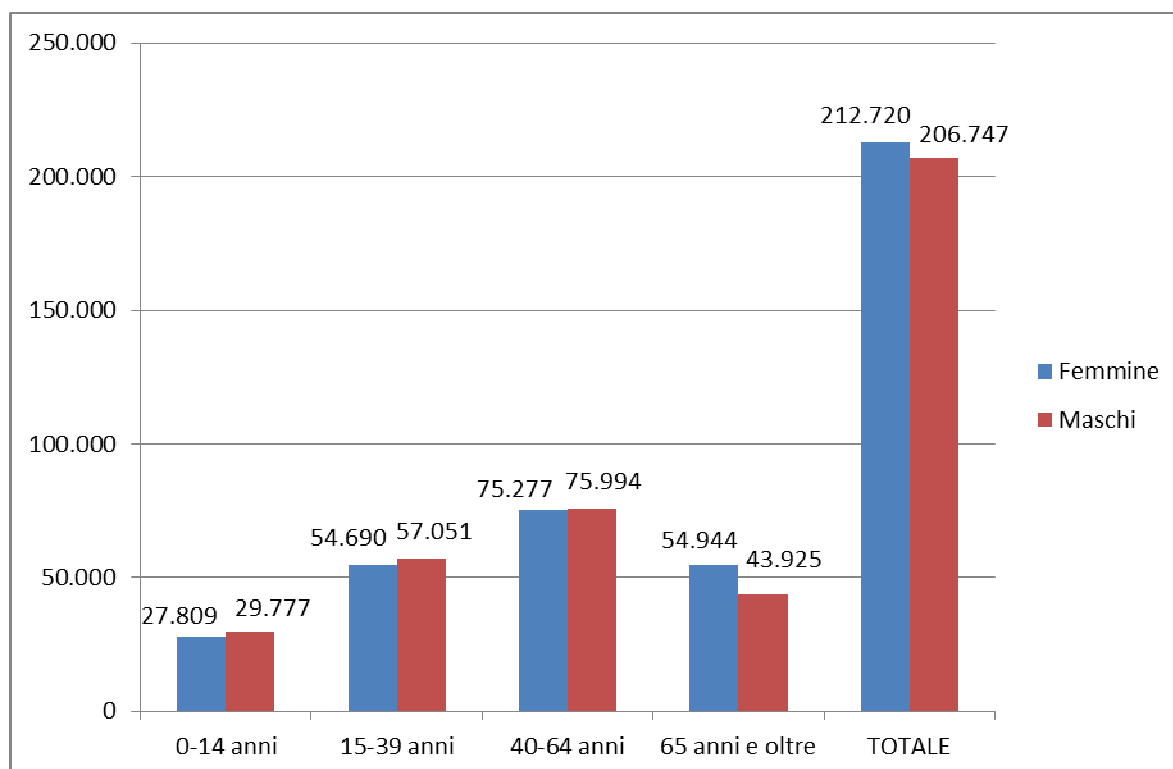
L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km²; il territorio di riferimento ricomprende 175 Comuni, suddivisi in sei ambiti distrettuali. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%). Il numero di abitanti residenti al 31 dicembre 2015 è 419.467, con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (73 residenti per Km²).

RESIDENTI AL 31/12/2015 NEL TERRITORIO DELL'ASL CN1

| Distretto | 0-14 anni | 15-39 anni | 40-64 anni | 65 anni e oltre | Totale |
|---------------------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| CUNEO-BORGO S.D. | | | | | |
| FEMMINE | 8.227 | 16.204 | 22.441 | 16.135 | 63.007 |
| MASCHI | 8.663 | 16.701 | 22.259 | 12.560 | 60.183 |
| TOT. | 16.890 | 32.905 | 44.700 | 28.695 | 123.190 |
| DRONERO | | | | | |
| FEMMINE | 2.741 | 5.439 | 7.059 | 4.728 | 19.967 |
| MASCHI | 2.892 | 5.644 | 7.220 | 3.881 | 19.637 |
| TOT. | 5.633 | 11.083 | 14.279 | 8.609 | 39.604 |
| MONDOVI' | | | | | |
| FEMMINE | 4.099 | 8.124 | 11.365 | 8.842 | 32.430 |
| MASCHI | 4.500 | 8.573 | 11.536 | 6.998 | 31.607 |
| TOT. | 8.599 | 16.697 | 22.901 | 15.840 | 64.037 |
| CEVA | | | | | |
| FEMMINE | 1.240 | 2.474 | 3.956 | 3.735 | 11.405 |
| MASCHI | 1.261 | 2.671 | 4.010 | 3.101 | 11.043 |
| TOT. | 2.501 | 5.145 | 7.966 | 6.836 | 22.448 |
| FOSSANO-SAVIGLIANO | | | | | |
| FEMMINE | 6.233 | 12.060 | 15.912 | 11.030 | 45.235 |
| MASCHI | 6.825 | 12.635 | 16.036 | 8.869 | 44.365 |
| TOT. | 13.058 | 24.695 | 31.948 | 19.929 | 89.600 |
| SALUZZO | | | | | |
| FEMMINE | 5.269 | 10.389 | 14.544 | 10.474 | 40.676 |
| MASCHI | 5.636 | 10.827 | 14.933 | 8.516 | 39.912 |
| TOT. | 10.905 | 21.216 | 29.477 | 18.990 | 80.588 |
| TOT.GEN. | | | | | |
| FEMMINE | 27.809 | 54.690 | 75.277 | 54.944 | 212.720 |
| MASCHI | 29.777 | 57.051 | 75.994 | 43.925 | 206.747 |
| TOT. | 57.586 | 111.741 | 151.271 | 98.869 | 419.467 |

Fonte: Anagrafica Aziendale

Grafico sulla distribuzione per Sesso e Fasce d'età:



3.1.3 Presidio Ospedaliero

Nell'ambito del territorio dell'ASL CN1 l'assistenza ospedaliera è garantita dai Dipartimenti ospedalieri presenti trasversalmente nei seguenti Presidi:

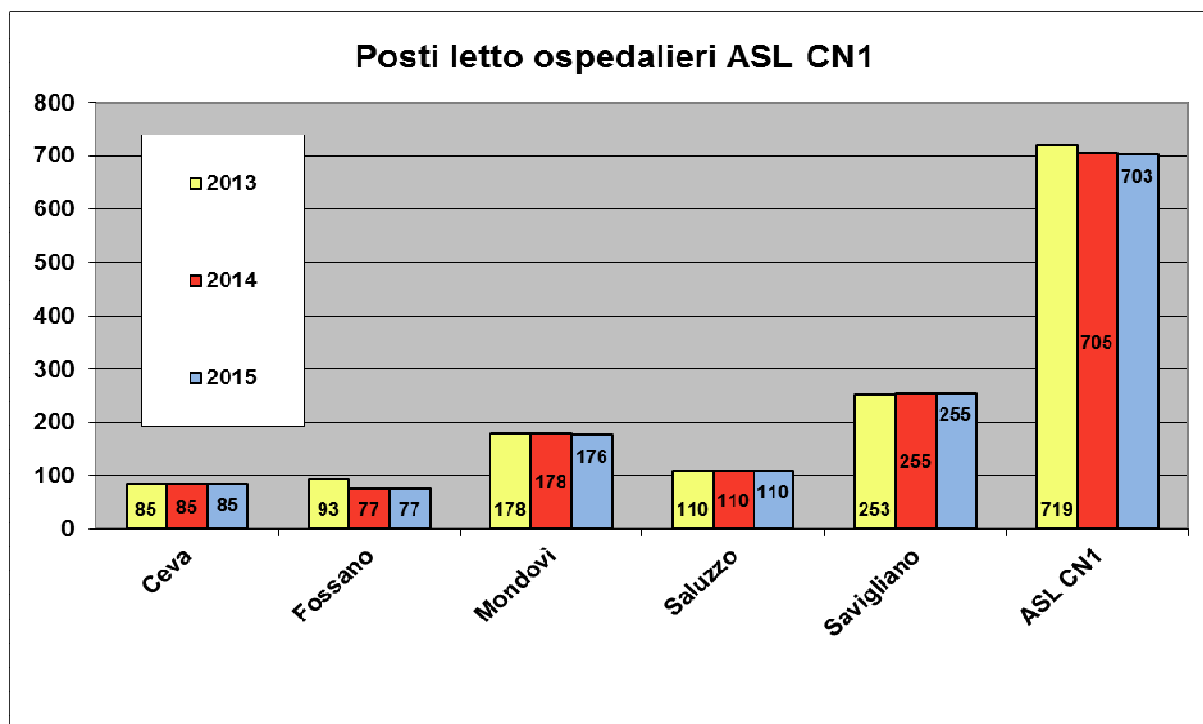
- Ospedale "Poveri Infermi" di Ceva sito in Località San Bernardino n. 4;
- Ospedale "SS. Trinità" di Fossano sito in via Ospedali n. 4;
- Ospedale "Regina Montis Regalis" di Mondovì sito in via San Rocchetto n. 99;
- Ospedale "Civile" di Saluzzo sito in via Spielberg n. 58;
- Ospedale "SS. Annunziata" di Savigliano sito in via Ospedali n. 14.

Le strutture operative del Presidio Ospedaliero assicurano la diagnosi e la cura di malattie che necessitano di interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base, il tutto modulato sulle potenzialità delle singole strutture e sui bisogni del territorio-popolazione.

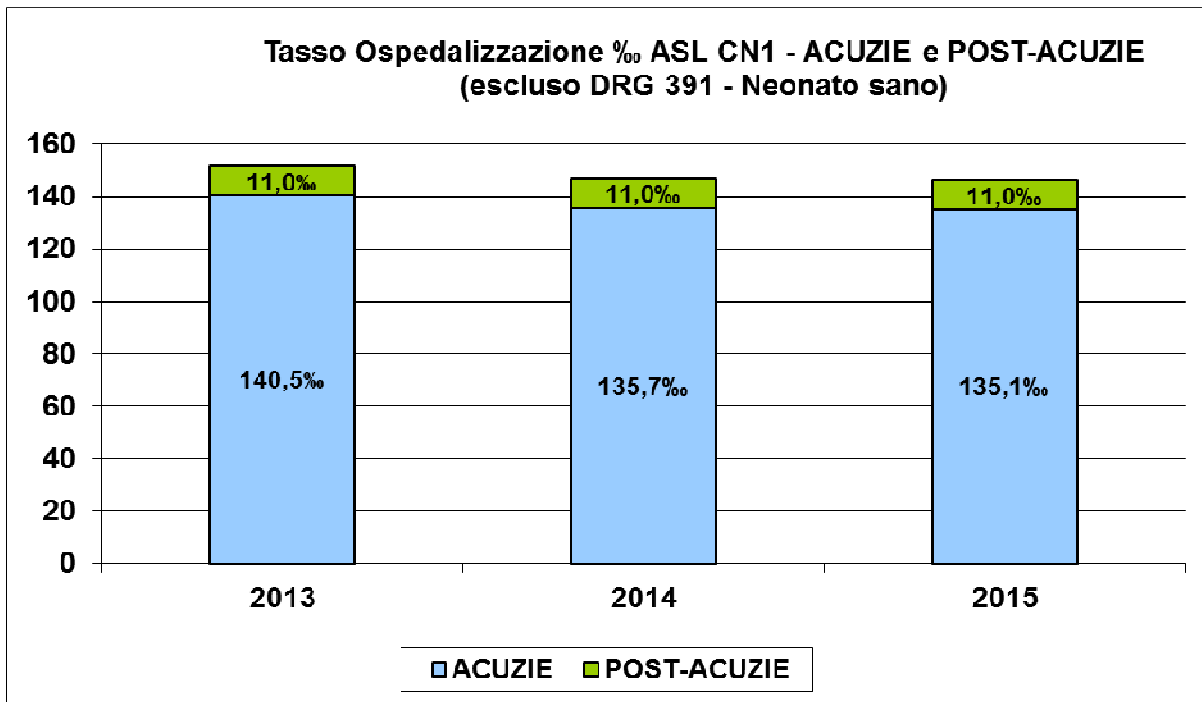
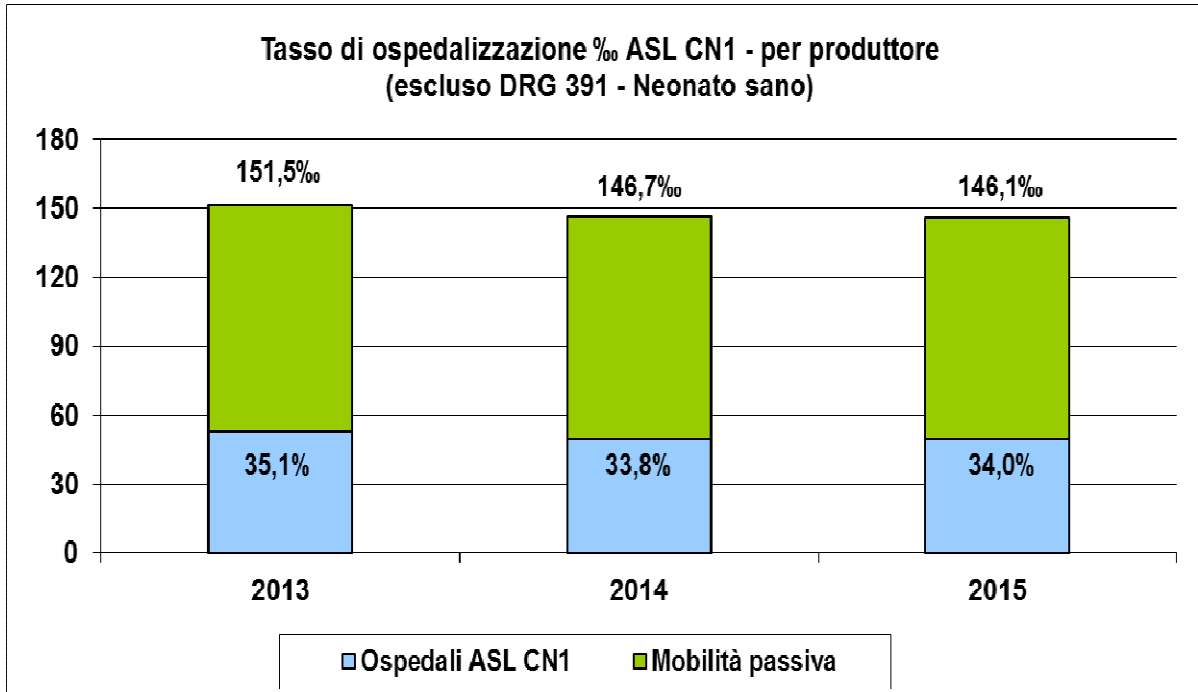
Si erogano perciò prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica sia in regime di ricovero ordinario che in Day Hospital/Day Surgery, oltre che prestazioni ambulatoriali.

All'interno dei Presidi Ospedalieri le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione dipartimentale che ha la finalità di realizzare l'integrazione delle competenze

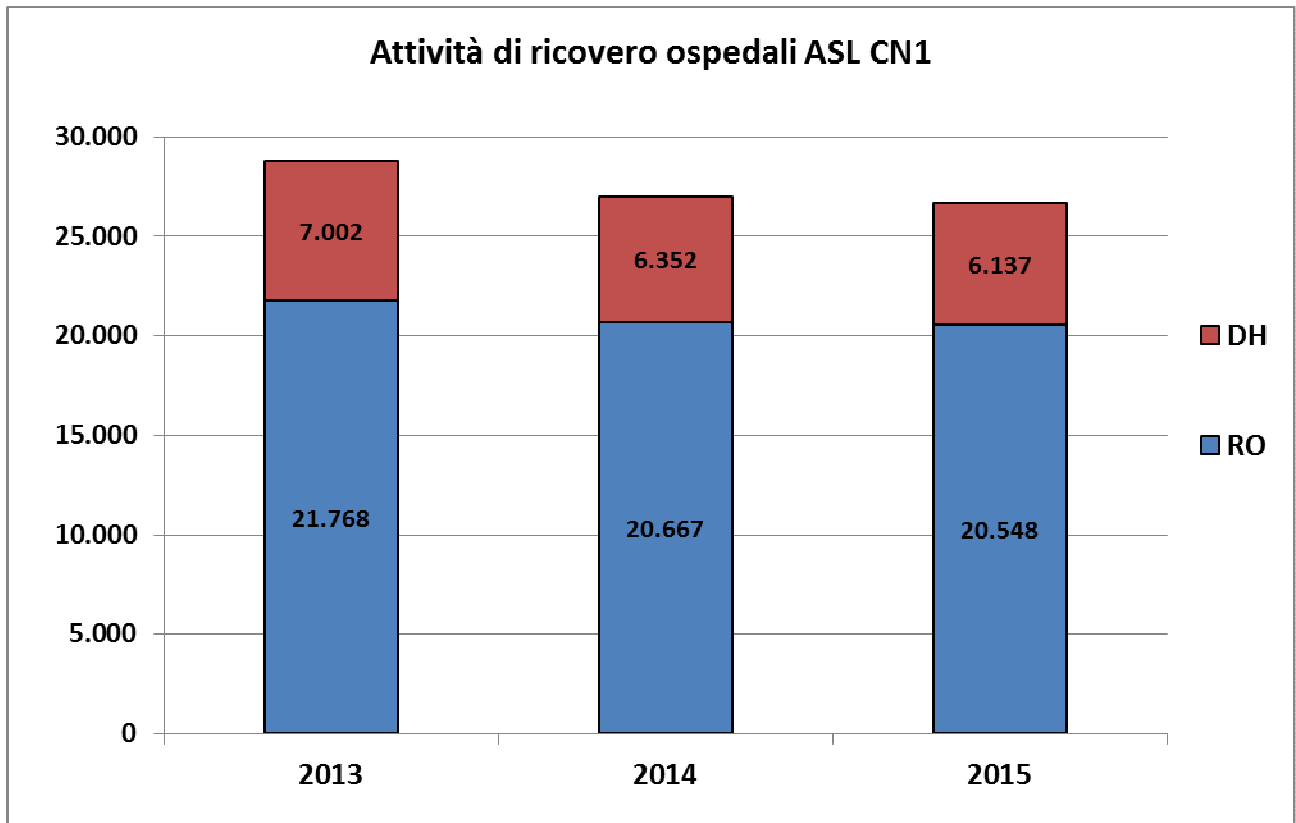
professionali esistenti in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi e sulla base di risorse condivise. La dotazione di posti letto ospedalieri e la loro variazione nel tempo sono dettagliati nel grafico:



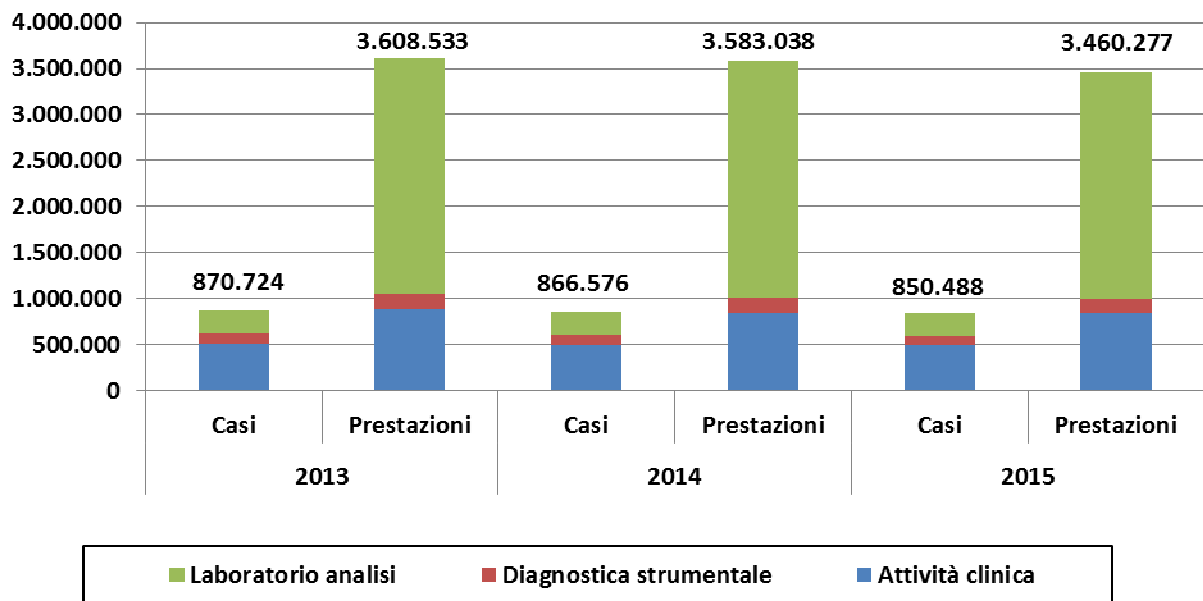
Nel seguente grafico è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1, con l'indicazione della percentuale di fabbisogno soddisfatto dagli ospedali dell'ASL. Si osserva che il tradizionale valore già basso nel tempo è ancora diminuito negli ultimi anni: è il risultato di positive azioni di riconversione dell'attività di ricovero in day-hospital e da day-hospital in prestazioni ambulatoriali che, nelle riorganizzazioni delle attività dei reparti e degli ambulatori, hanno consentito il raggiungimento di ottimi livelli di appropriatezza nell'utilizzo dei regimi di ricovero e ambulatoriale. Si propone inoltre anche la rappresentazione grafica del tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1, con la suddivisione per acuzie e per post-acuzie.



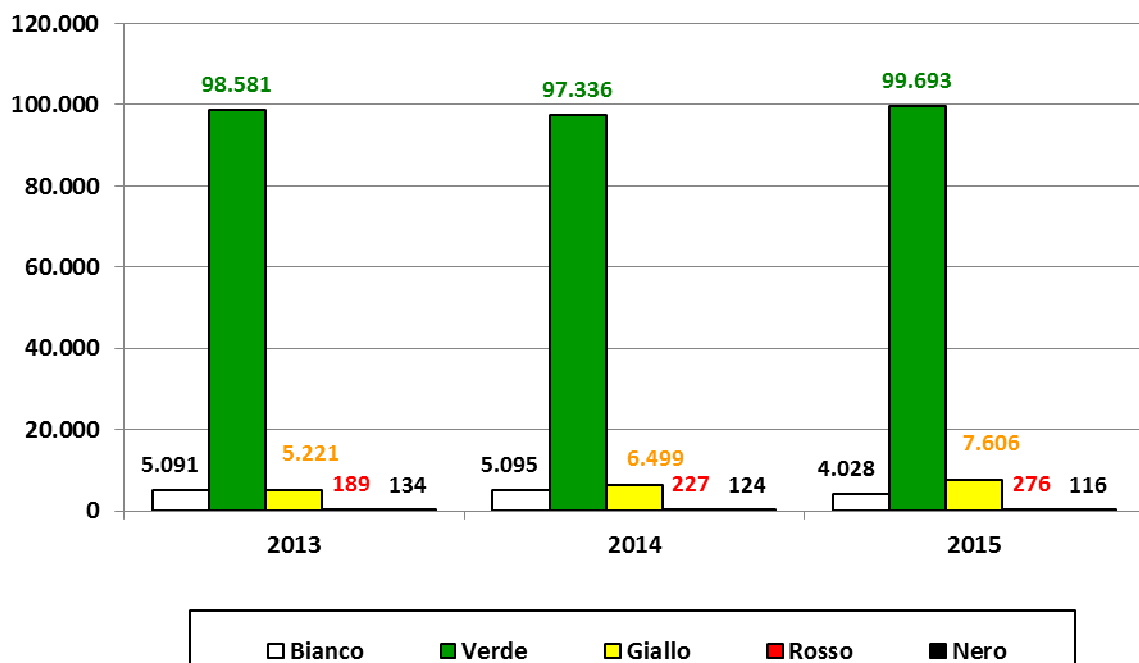
Nei grafici seguenti è illustrata l'attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso svolta dalle strutture dell'ASL CN1 nel corso degli anni 2013, 2014 e 2015:



Attività specialistica ambulatoriale ASL CN1



Accessi Pronto Soccorso ASL CN1 (codice colore)



3.1.4 Attività Distrettuale

Gli ambiti distrettuali

Di seguito si illustrano, ai sensi del nuovo Atto Aziendale, i nuovi Distretti con il dettaglio dei Comuni di appartenenza.

- **Distretto Sud-Ovest**, composto dai seguenti Comuni (53): Acceglio, Aisone, Argentera, Beinette, Bernezzo, Borgo San Dalmazzo, Boves, Busca, Canosio, Caraglio, Cartignano, Castelletto Stura, Castelmagno, Celle di Macra, Centallo, Cervasca, Chiusa di Pesio, Cuneo, Demonte, Dronero, Elva, Entracque, Gaiola, Limone Piemonte, Macra, Margarita, Marmora, Moiola, Montanera, Montemale di Cuneo, Monrosso Grana, Morozzo, Peveragno, Pietraporzio, Pradleves, Prazzo, Rittana, Roaschia, Robilante, Roccabruna, Roccasparvera, Roccavione, Sambuco, San Damiano Macra, Stroppa, Tarantasca, Valdieri, Valgrana, Valloriate, Vernante, Vignolo, Villar San Costanzo, Vinadio;
- **Distretto Sud-Est**, composto dai seguenti Comuni (64): Alto, Bagnasco, Bastia Mondovì, Battifollo, Belvedere Langhe, Bonvicino, Briaglia, Briga Alta, Camerana, Caprauna, Carrù, Cigliè, Castellino Tanaro, Castelnuovo di Ceva, Ceva, Clavesana, Dogliani, Farigliano, Frabosa Soprana, Frabosa Sottana, Garessio, Gottasecca, Igliano, Lequio Tanaro, Lesegno, Lisio, Magliano Alpi, Marsaglia, Mombarcaro, Mombasiglio, Monastero di Vasco, Monasterolo Casotto, Mondovì, Monesiglio, Montaldo di Mondovì, Montezemolo, Murazzano, Niella Tanaro, Nucetto, Ormea, Pamparato, Paroldo, Perlo, Pianfei, Piozzo, Priero, Priola, Prunetto, Roascio, Roburent, Rocca Cigliè, Rocca De' Baldi, Roccaforte Mondovì, Sale delle Langhe, Sale San Giovanni, Saliceto, Scagnello, San Michele Mondovì, Somano, Torre Mondovì, Torresina, Vicoforte, Villanova Mondovì, Viola;
- **Distretto Nord-Ovest**, composto dai seguenti Comuni (39): Bagnolo Piemonte, Barge, Bellino, Brondello, Brossasco, Cardè, Casalgrasso, Casteldelfino, Castellar, Costigliole Saluzzo, Crissolo, Envie, Faule, Frassinò, Gampasca, Isasca, Lagnasco, Manta, Martiniana Po, Melle, Moretta, Oncino, Ostrana, Paesana, Pagnò, Piasco, Polonghera, Pontechianale, Revello, Riffredo, Rossana, Saluzzo, Sampeyre, Sanfront, Scarnafigi, Torre San Giorgio, Valmala, Venasca, Verzuolo;
- **Distretto Nord-Est**, composto dai seguenti Comuni (19): Bene Vagienna, Caramagna Piemonte, Cavallerleone, Cavallermaggiore, Cervere, Fossano, Genola, Marene, Monasterolo di

Savigliano, Murello, Racconigi, Ruffia, Salmour, Sant'Albano Stura, Savigliano, Trinità, Villafalletto, Villanova Solaro, Vottignasco.

La riorganizzazione dell'Azienda sulle nuove articolazioni distrettuali è in fase di realizzazione nel corso dell'anno 2016. Pertanto i dati seguenti che si riportano relativi all'attività, essendo riferiti all'anno 2015, sono realizzati utilizzando la struttura aziendale preesistente e pertanto sono riferiti ai precedenti 6 Distretti:

- Distretto di Cuneo e Borgo San Dalmazzo;
- Distretto di Dronero;
- Distretto di Mondovì;
- Distretto di Ceva;
- Distretto di Fossano-Savigliano;
- Distretto di Saluzzo.

I dati dell'attività distrettuale

| NUMERO MEDICI DI MEDICINA GENERALE | |
|---|------------|
| (aggiornato al 31/12/2015) | |
| Distretto di Cuneo e Borgo San Dalmazzo | 83 |
| Distretto di Dronero | 28 |
| Distretto di Mondovì | 43 |
| Distretto di Ceva | 17 |
| Distretto di Fossano – Savigliano | 56 |
| Distretto di Saluzzo | 56 |
| TOTALE | 283 |

| NUMERO PEDIATRI DI LIBERA SCELTA | |
|---|-----------|
| (aggiornato al 31/12/2015) | |
| Distretto di Cuneo e Borgo San Dalmazzo | 15 |
| Distretto di Dronero | 4 |
| Distretto di Mondovì | 7 |
| Distretto di Ceva | 1 |
| Distretto di Fossano – Savigliano | 10 |
| Distretto di Saluzzo | 7 |
| TOTALE | 44 |

| ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|
| (n. giornate di assistenza) | | | |
| | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
| Distretto di Cuneo - Borgo San Dalmazzo | 150.269 | 161.607 | 156.863 |
| Distretto di Dronero | 44.677 | 47.853 | 49.618 |
| Distretto di Mondovì | 101.633 | 105.124 | 99.437 |
| Distretto di Ceva | 43.005 | 47.172 | 45.589 |
| Distretto di Fossano-Savigliano | 99.557 | 119.257 | 114.453 |
| Distretto di Saluzzo | 116.704 | 124.349 | 119.002 |
| TOTALE | 555.845 | 605.362 | 584.962 |

| | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|----------------------|------------------|------------------|------------------|
| Ospedale di Comunità | 4.383 | 3.179 | 3.308 |

| ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI | | | |
|---|------------------|------------------|---|
| (n. giornate assistenza) | | | |
| | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 (da PIA al 30/09/2015) |
| Distretto di Cuneo - Borgo San Dalmazzo | 1.654 | 2.200 | 1.822 |
| Distretto di Dronero | 75 | 72 | 186 |
| Distretto di Mondovì | 0 | 0 | 0 |
| Distretto di Ceva | 0 | 0 | 0 |
| Distretto di Fossano-Savigliano | 59 | 327 | 265 |
| Distretto di Saluzzo | 3.368 | 3.079 | 2.186 |
| TOTALE | 5.156 | 5.678 | 4.459 |

| ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| (n. giornate di assistenza) | | | |
| | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
| Distretto di Cuneo - Borgo San Dalmazzo | 39.880 | 40.185 | 38.825 |
| Distretto di Dronero | 8.351 | 7.810 | 8.210 |
| Distretto di Mondovì | 16.266 | 16.932 | 16.610 |
| Distretto di Ceva | 3.256 | 3.256 | 3.755 |
| Distretto di Fossano-Savigliano | 28.613 | 28.795 | 29.816 |
| Distretto di Saluzzo | 13.867 | 15.092 | 14.863 |
| TOTALE | 110.233 | 112.070 | 112.079 |

| ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| (n. giornate assistenza) | | | |
| | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
| Distretto di Cuneo - Borgo San Dalmazzo | 31.104 | 30.032 | 21.774 |
| Distretto di Dronero | 10.113 | 10.496 | 7.804 |
| Distretto di Mondovì | 10.454 | 10.767 | 8.598 |
| Distretto di Ceva | 3.111 | 2.772 | 2.312 |
| Distretto di Fossano-Savigliano | 14.531 | 14.273 | 10.537 |
| Distretto di Saluzzo | 9.866 | 11.552 | 7.323 |
| TOTALE | 79.179 | 79.892 | 58.348 |

| ALTRE ATTIVITA' A FAVORE DI DISABILI | | | |
|--|------------------|------------------|---|
| (n. giornate stato vegetativo permanente) | | | |
| | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 (da PIA al 30/09/2015) |
| Distretto di Cuneo - Borgo San Dalmazzo | 1.321 | 1.293 | 548 |
| Distretto di Dronero | 0 | 0 | 0 |
| Distretto di Mondovì | 30 | 190 | 0 |
| Distretto di Ceva | 131 | 156 | 0 |
| Distretto di Fossano-Savigliano | 282 | 250 | 30 |
| Distretto di Saluzzo | 522 | 485 | 274 |
| TOTALE | 2.286 | 2.374 | 852 |

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

Concorrono alla presa in carico del paziente:

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

Si forniscono al riguardo i seguenti dati di attività:

| Casi presi in carico | Anno 2013 | Anno 2014 | Anno 2015 |
|---|------------------|------------------|------------------|
| ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) | 164 | 184 | 203 |
| Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | 1.391 | 1.404 | 1.361 |
| Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) | 2.743 | 2.467 | 2.429 |
| Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) | 8.404 | 8.500 | 8.545 |
| | 12.702 | 12.555 | 12.538 |

| Accessi | Anno 2013 | Anno 2014 | Anno 2015 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) | 4.872 | 5.655 | 5.390 |
| Fisioterapista | 50 | 190 | 183 |
| Infermiere | 4.133 | 1.184 | 244 |
| Infermiere U.O.C.P. | 689 | 4.281 | 4.963 |
| Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | 43.395 | 45.996 | 45.621 |
| Fisioterapista | 598 | 756 | 665 |
| Infermiere | 42.797 | 45.240 | 44.943 |
| Infermiere U.O.C.P. | 0 | 0 | 13 |
| Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) | 9.811 | 9.481 | 9.607 |
| Fisioterapista | 234 | 225 | 204 |
| Infermiere | 9.577 | 9.256 | 9.403 |
| Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) | 127.356 | 123.730 | 118.305 |
| Fisioterapista | 1.531 | 2.041 | 2.795 |
| Infermiere | 125.825 | 121.689 | 115.509 |
| Infermiere U.O.C.P. | 0 | 0 | 1 |
| | 185.434 | 184.862 | 178.923 |

I dati del Dipartimento di Salute Mentale

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

| | | |
|-------|--------------------------|---|
| n. 8 | Centri di Salute Mentale | Cuneo, Boves, Dronero, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo, Savigliano |
| n. 10 | Ambulatori decentrati | Busca, Caraglio, Cuneo, Dogliani, San Michele Mondovì, Villanova Mondovì, Garessio e Monesiglio |

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

L'attività dei Centri di Salute Mentale in numeri:

| | anno 2012 | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Utenti in carico (almeno 3 contatti anno) | 5.251 | 5.363 | 5.121 | 7.924 |
| Prestazioni mediche flusso C | 34.717 | 33.366 | 33.670 | 36.392 |
| Prestazioni mediche, psicologiche ed infermieristiche ambulatoriali e territoriali | 27.384 | 25.965 | 25.469 | 37.580 |
| Borse lavoro (n. utenti) | 203 | 196 | 159 | 185 |
| Assegni terapeutici (n. utenti) | 164 | 186 | 219 | 216 |

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

| Ricoveri ospedalieri in SPDC | | | | |
|------------------------------|--|--------------|--------------|--------------|
| Gli SPDC del D.S.M.: | | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
| SPDC ASO S.CROCE CN | 15 pl | 414 | 399 | 432 |
| SPDC SAVIGLIANO | 15 pl | 382 | 400 | 389 |
| SPDC MONDOVI' | 12 pl | 342 | 334 | 328 |
| Totale | 42 pl (1 pl ogni 9.000 abitanti) | 1.138 | 1.133 | 1.149 |

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce inoltre direttamente:

- n. 3 Comunità Protette Psichiatriche (Cussanio, Mondovì, Ceva) per un totale di 54 posti letto;
- n. 3 Comunità Alloggio (Racconigi, Boves) per un totale di 30 posti letto;
- n. 17 Gruppi Appartamento per un totale di 53 posti letto;

Totale n. 137 posti letto di residenzialità a Gestione Diretta.

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

I dati del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze (D.P.D.)

Il D.P.D. è un servizio territoriale strutturato su 8 sedi che garantiscono la copertura del territorio dell'ASL CN1; la sua funzione è quella di trattare le dipendenze da sostanze sia legali sia illegali e i comportamenti additivi, con un'attività formalizzata per il gioco d'azzardo patologico (GAP).

La prima tabella mette in evidenza il numero di utenti in carico al D.P.D. rilevato da PADDI, banca dati regionale divisi per programma ambulatoriale e per programma in carcere.

La seconda tabella mette in evidenza il numero di giornate per inserimenti residenziali.

| Utenti in carico DPD | Anno 2013 | Anno 2014 | Anno 2015 | Note |
|---|--------------|--------------|--------------|---|
| Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcolodipendenti | 1.800 | 1.736 | 1.720 | |
| Tossicodipendenti + alcol dipendenti in carcere | 320 | 213 | 184 | Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERT in carcere |
| Totale | 2.120 | 1.949 | 1.904 | |

| N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta | Strutture accreditate per le dipendenze | Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM) |
|--|---|--|
| Anno 2013 | 13.784 | 3.331 |
| Anno 2014 | 13.854 | 3.005 |
| Anno 2015 | 15.564 | 2.527 |

| Prestazioni ambulatoriali (rilevati da ReportMed file C) | Sanitarie (visite mediche) | Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C) | Totali |
|---|--|--|---------------|
| Anno 2015 (dati rilevati dalla banche dati regioni PADDI e SPIDI) | 18.736 + 777 visite mediche istituti penitenziari ASLCN1 per pazienti con dipendenza | 5.172 prestazioni psicologiche + 12.759 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni) | 37.444 |
| Anno 2014 | 17.481 + 1.085 visite mediche istituti penitenziari ASLCN1 per pazienti con dipendenza | 4.781 prestazioni psicologiche + 14.602 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni) | 37.949 |
| Anno 2013 | 17.843 + 1.415 visite mediche istituti penitenziari ASLCN1 per pazienti con dipendenza | 4.875 prestazioni psicologiche + 14.942 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni) | 39.075 |

3.1.5 La Prevenzione

AREA A - Sanità Animale Dati di attività 2013 – 2014 – 2015

| PRESTAZIONI | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| PROFILASSI OBBLIGATORIE | | | |
| BOVINI | | | |
| Accertamenti diagnostici per T.B. | 271.644 | 267.876 | 192.280 |
| Prelievi per gamma interferon | 2.017 | 1.150 | 2.125 |
| Accertamenti diagnostici per BR (prelievo sangue) | 25.029 | 22.697 | 25.402 |
| Accertamenti diagnostici per BR (prelievo latte) | 24.981 | 32.172 | 27.188 |
| Accertamenti diagnostici per IBR | 51.061 | 54.887 | 76.300 |
| Accertamenti diagnostici per LEB (prelievo sangue) | 19.482 | 18.150 | 19.265 |
| Accertamenti diagnostici per LEB (prelievo latte) | 22.274 | 31.225 | 24.577 |
| SUINI | | | |
| Accertamenti diagnostici per PESTE SUINA CLASSICA | 17.243 | 8.685 | 5.787 |
| Accertamenti diagnostici per MALATTIA VESCICOLARE | 21.101 | 23.575 | 26.316 |
| AVICOLI | | | |
| Accertamenti diagnostici per INFLUENZA AVIARA Avicoli | 11.016 | 4.169 | 3.011 |
| EQUINI | | | |
| Accertamenti diagnostici per ANEMIA INFETTIVA Equini | 2.329 | 2.936 | 1.793 |
| OVI-CAPRINI | | | |
| Accertamenti diagnostici per BR ovi-caprini | 8.669 | 9.604 | 10.173 |
| ALTRE PROFILASSI | | | |
| BOVINI | 2.224 | 2.978 | 9.002 |
| SUINI | 19.375 | 28.485 | 39.803 |
| OVI-CAPRINI | 1.281 | 2.246 | 1.975 |
| AVICOLI | 2.135 | 1.260 | 543 |
| CUNICOLI | 30 | 0 | 0 |
| EQUIDI | 90 | 89 | 69 |
| ITTICI | 1.033 | 900 | 1.235 |
| SELVATICI | 427 | 568 | 567 |
| SELVAGGINA | 15 | 31 | 31 |
| CHECK LIST TRICHINA (SUINI) | 654 | 598 | 664 |
| ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA | | | |
| CANI IDENTIFICATI CON MICROCHIP | 4.154 | 4.139 | 4.226 |
| CANI sottoposti ad osservazione sanitaria | 339 | 310 | 316 |
| EMERGENZE | | | |
| BLUE TONGUE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI | 5.269 | 4.765 | 5.818 |

AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale
Dati di attività 2013 – 2014 – 2015

| ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| n. capi vitelli a carne bianca nazionali | 19.618 | 15.632 | 14.209 |
| n. capi bovini adulti nazionali | 190.121 | 184.511 | 197.730 |
| n. capi vitelli a carne bianca importati | 202 | 85 | 206 |
| n. capi bovini adulti importati | 4.112 | 3.609 | 3.688 |
| <hr/> | | | |
| n. capi suini < 25 Kg. Nazionali | 7.512 | 6.400 | 6.915 |
| n. capi suini > 25 Kg. Nazionali | 235.751 | 243.148 | 235.629 |
| n. capi suini < 25 Kg. Importati | 1 | 735 | 525 |
| n. capi suini > 25 Kg. Importati | 17 | 6 | 14 |
| n. capi ovicaprini < 12 Kg. | 16.924 | 17.616 | 16.330 |
| n. capi ovicaprini > 12 Kg. | 2.937 | 2.985 | 3.211 |
| n. capi avicuinoli | 11.159.405 | 11.537.322 | 11.758.329 |
| n. capi equini | 159 | 126 | 142 |
| n. capi cinghiali | 141 | 130 | 184 |
| n. capi ratiti | 0 | 0 | 0 |

AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
Dati di attività 2013 – 2014 – 2015

| ATTIVITA' PRISA (Piano Regionale Integrato Sicurezza Alimentare) | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Stabilimenti, imprese e aziende che operano nell'ambito della filiera mangimi: ispezioni, audit, valutazioni del rischio | 188 | 148 | 292 |
| Piano nazionale alimentazione animale (PNAA): prelievi | 234 | 169 | 403 |
| Commercializzazione ed utilizzo del farmaco veterinario: sopralluoghi | 728 | 522 | 1.007 |
| Piano nazionale ricerca residui in allevamento ed al macello (PNR): prelievi | 702 | 566 | 907 |
| Filiera latte: ispezioni, audit, valutazioni del rischio | 359 | 340 | 645 |
| Filiera latte: prelievi | 443 | 326 | 530 |
| Controllo benessere animali da allevamento: sopralluoghi | 351 | 367 | 604 |
| Stabilimenti riconosciuti Reg. CE 1069/09: ispezioni, audit, valutazione del rischio | 57 | 38 | 60 |
| Stabilimenti riconosciuti Reg. CE 1069/09: prelievi | 15 | 0 | 10 |
| Altro (esposti, segnalazioni, riproduzione animale, benessere animali da affezione, audit in allevamento, ecc.) | 81 | 118 | 201 |

SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione

Dati di attività 2013 – 2014 ***

| ATTIVITA' | anno 2013 | anno 2014 |
|--|-----------|-----------|
| Unità (su attività prevalente) | 8.139 | 8.253 |
| Unità controllate** | 1.386 | 1.364 |
| Ispezioni su unità | 1.544 | 1.505 |
| <i>Piano di Controllo Ufficiale o Verifica post Notifica Inizio Attività</i> | 1.494 | 1.460 |
| <i>AUDIT</i> | 20 | 19 |
| <i>Esposto/segnalazione</i> | 24 | 13 |
| <i>Tossinfezione alimentare</i> | 0 | 4 |
| <i>Intervento a seguito di richiesta di altro Organo di Controllo</i> | 6 | 9 |
| Unità non regolari* | 720 | 753 |
| Campioni prelevati | 983 | 908 |
| Campioni non regolamentari | 12 | 12 |
| Infrazioni igiene generale | 46 | 405 |
| Infrazioni igiene personale | 17 | 454 |
| Infrazioni composizione | 93 | 11 |
| Infrazioni contaminazione | 2 | 1 |
| Infrazioni etichettatura e presentazione | 5 | 2 |
| Infrazioni autorizzative | 14 | / |
| Altre infrazioni | 1.061 | 577 |
| Provvedimenti amministrativi | 813 | 842 |
| <i>Sanzioni (comprese HACCP)</i> | 75 | 56 |
| <i>Prescrizioni (comprese HACCP)</i> | 719 | 763 |
| <i>Sospensioni</i> | 4 | 6 |
| <i>Chiusure</i> | 15 | 17 |
| Notizie di reato - Denunce | 4 | 0 |
| Piani HACCP controllati | 1.286 | 1.282 |
| Prescrizioni HACCP | 246 | 316 |
| Sanzioni HACCP | 50 | 42 |

* Almeno una NON CONFORMITA' o INADEGUATEZZA

** Vengono compresi i motivi VIGILANZA, AUDIT, ESPOSTO, TOSSINFEZIONE

*** La modalità di estrazione dei dati è variata rispetto al 2014, poiché lo strumento del Sistema Informativo che permetteva di estrarre il dato in modo dettagliato è stato rimosso dal portale. Pertanto il dato relativo al 2015 non è disponibile.

SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro
Dati di attività 2013 – 2014 – 2015

| ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| N. Aziende di tutti i comparti con dipendenti + lavoratori autonomi soggette a controllo | 1.060 | 1.056 | 1.010 |
| N. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08) | 3.559 | 2.998 | 3.675 |
| Cantieri ispezionati | 270 | 241 | 237 |
| Infortuni registrati | 4.779 | 4.133 | 3.988 |
| <i>Con prognosi <= 40 giorni</i> | 4.161 | 3.395 | 3.284 |
| <i>Con prognosi => 40 giorni</i> | 606 | 733 | 695 |
| <i>Mortali</i> | 12 | 5 | 9 |
| Inchieste infortuni concluse | 93 | 120 | 70 |
| Malattie professionali pervenute | 231 | 148 | 256 |
| Malattie professionali indagate | 225 | 146 | 122 |
| Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente | 16 | 16 | 9 |
| Parere ex art. 67 D.Lgs 81/08 | 206 | 122 | 10 |
| N. piani di lavoro (ex art. 256 punto 2 D.Lgs 81/08) | 620 | 464 | 535 |

SISP – Igiene e Sanità Pubblica
Dati di attività 2013 – 2014 – 2015

| ATTIVITA' | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Attività esame strumenti urbanistici e regolamenti | | | |
| N° di piani urbanistici o regolamenti presentati al SISP per il parere di competenza | 54 | 108 | 82 |
| N° di pareri conclusivi espressi relativi ai piani urbanistici ed ai regolamenti presentati. | 54 | 106 | 81 |
| Esame progetti edilizi | | | |
| N° di progetti (es. art. 220 /228 TULS, art. 48 LR 56, ecc.) presentati al SISP per parere di competenza | 1.010 | 632 | 294 |
| N° pareri conclusivi espressi | 990 | 604 | 212 |
| Agibilità/abitabilità | | | |
| N° richieste di agibilità/abitabilità presentate dai Comuni al SISP | 2 | 4 | 1 |
| N° pareri conclusivi espressi | 2 | 4 | 1 |

| ATTIVITA' | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni | | | |
| N° di richieste di parere per rilascio autorizzazione all'apertura e funzionamento. di infrastrutture. Non vanno conteggiati in questa voce i sopralluoghi effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione" | 41 | 52 | 43 |
| N° sopralluoghi operatore Dirigente effettuati. Non vanno conteggiati in questa voce i sopralluoghi effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione" | 9 | 6 | 24 |
| N° sopralluoghi operatore Tecnico-sanitario effettuati nel corso del periodo di riferimento. Non vanno conteggiati in questa voce i sopralluoghi effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione" | 48 | 70 | 45 |
| N° di pareri conclusivi trasmessi al soggetto richiedente. Non vanno contati in questa voce le eventuali richieste di integrazione. | 41 | 52 | 43 |
| Attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo | | | |
| N° di unità che nel corso del periodo di riferimento, sono state oggetto di uno o più interventi di controllo a seguito di iniziativa del SISP o per richiesta di soggetti esterni. Vanno contati in tale voce anche gli interventi su strutture che non risultavano censite o autorizzate. Non vanno conteggiati in questa voce i controlli effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione" | 279 | 160 | 302 |
| N° di interventi di controllo effettuati. Non vanno conteggiati in questa voce i controlli effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione" | 322 | 161 | 327 |
| N° di interventi di controllo originati da iniziativa del Servizio. | 268 | 133 | 238 |
| N° interventi su richiesta | 49 | 29 | 89 |
| N° sopralluoghi operatore Dirigente effettuati. | 10 | 8 | 18 |
| N° sopralluoghi operatore Tecnico-sanitario effettuati. | 448 | 312 | 488 |
| N° di accertamenti diretti sensoriali effettuati. | 311 | 176 | 278 |
| N° accertamenti strumentali effettuati. | 177 | 65 | 89 |
| N° azioni di Campionamento. | 298 | 55 | 100 |
| N° prescrizioni impartite. | 108 | 48 | 162 |
| N° proposte di Ordinanza presentate all'Autorità Sanitaria. | 28 | 8 | 42 |
| N° rapporti ad Autorità Giudiziaria. | 1 | 0 | 1 |
| Attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi | | | |
| N° di unità (alloggi) che sono state oggetto di almeno un intervento di verifica e per le quali è stata fornita almeno una risposta (parere prescrizione, proposta di ordinanza ad A.S., rapporto ad A.G.) | 93 | 65 | 79 |
| N° di interventi di controllo effettuati. | 96 | 67 | 99 |

2

| ATTIVITA' | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|---|------------------|------------------|------------------|
| N° sopralluoghi operatore Dirigente effettuati. | 4 | 1 | 2 |
| N° sopralluoghi operatore Tecnico-sanitario effettuati. | 140 | 102 | 118 |
| N° di accertamenti diretti sensoriali effettuati. | 91 | 67 | 99 |
| N° accertamenti strumentali effettuati. | 34 | 6 | 11 |
| N° di azioni di campionamento effettuati. | 17 | 3 | 4 |
| N° prescrizioni impartite. | 47 | 46 | 62 |
| N° proposte di Ordinanza presentate all'Autorità Sanitaria nel corso del periodo di riferimento. | 43 | 48 | 54 |
| N° rapporti all'Autorità Giudiziaria nel corso del periodo di riferimento. | 0 | 0 | 3 |
| Attività Finalizzate ad autorizzazione o controllo di altri edifici | | | |
| N° di edifici/strutture di cui alla definizione n° 8, che sono state oggetto di almeno un intervento per rilascio di autorizzazione o per controllo. Non vanno conteggiati in questa voce i controlli effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione". | 81 | 56 | 25 |
| N° di interventi per autorizzazione o controllo effettuati. Non vanno conteggiati in questa voce i controlli effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione" | 82 | 51 | 25 |
| N° di interventi per autorizzazione o controllo effettuati, originati da iniziativa del Servizio. | 9 | 5 | 4 |
| N° di interventi per autorizzazione o controllo, effettuati su richiesta di esterni. | 73 | 62 | 21 |
| N° sopralluoghi operatore Dirigente effettuati. | 9 | 10 | 5 |
| N° sopralluoghi operatore Tecnico-sanitario effettuati. | 99 | 79 | 34 |
| N° di accertamenti diretti sensoriali effettuati. | 35 | 51 | 21 |
| N° accertamenti strumentali effettuati. | 6 | 2 | 1 |
| N° di azioni di campionamento effettuati. | 0 | 0 | 0 |
| N° prescrizioni impartite. | 69 | 28 | 10 |
| N° proposte di Ordinanza presentate all'Autorità Sanitaria. | 4 | 33 | 10 |
| N° rapporti ad Autorità Giudiziaria | 0 | 2 | 1 |
| Attività finalizzate a controllo in ambiente esterno e altri controlli | | | |
| N° di unità (situazioni) che sono state oggetto di almeno un intervento di controllo. | 169 | 190 | 179 |
| N° di interventi di controllo effettuati. Non vanno conteggiati in questa voce i controlli effettuati nel contesto di commissioni, poiché questi vanno contati nella voce "attività di commissione". | 181 | 190 | 179 |
| N° di interventi di controllo effettuati originati da iniziativa del Servizio. | 20 | 16 | 10 |

| ATTIVITA' | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|---|------------------|------------------|------------------|
| N° di interventi di controllo effettuati su richiesta di esterni. | 161 | 174 | 169 |
| N° sopralluoghi operatore Dirigente effettuati. | 6 | 4 | 5 |
| N° sopralluoghi operatore Tecnico-sanitario effettuati. | 267 | 300 | 252 |
| N° di accertamenti diretti sensoriali effettuati. | 180 | 175 | 179 |
| N° accertamenti strumentali effettuati. | 58 | 9 | 6 |
| N° di azioni di campionamento effettuati. | 6 | 7 | 9 |
| N° prescrizioni impartite. | 73 | 106 | 116 |
| N° proposte di Ordinanza presentate all'Autorità Sanitaria. | 49 | 53 | 56 |
| N° rapporti ad Autorità Giudiziaria. | 4 | 3 | 3 |
| Partecipazione a commissioni | | | |
| N° sedute singole di commissione, a prescindere dal n° di operatori che vi hanno partecipato. | 604 | 349 | 455 |
| N° di argomenti all'ordine del giorno nelle sedute a cui si è partecipato. | 1.139 | 925 | 589 |
| N° di sopralluoghi effettuati durante l'attività di partecipazione alle commissioni. | 276 | 649 | 371 |
| N° sopralluoghi operatore Tecnico-sanitario effettuati durante l'attività di partecipazione alle commissioni. | 33 | 1 | 1 |
| Sorveglianza sorgenti di radiazioni ionizzanti | | | |
| N° comunicazioni ricevute dal SISP relative alla detenzione di apparecchi Rx o generatori di radiazioni ionizzanti. | 45 | 218 | 79 |
| N° di sopralluoghi effettuati relativi a tale attività (da soli o con altri Enti es. ARPA). | 73 | 50 | 7 |
| N° sopralluoghi operatore Tecnico-sanitario effettuati. | 19 | 0 | 0 |
| Polizia mortuaria | | | |
| N° di schede di morte archiviate come da circolare regionale settembre 1992. | 4.593 | 4.082 | 4.042 |
| N° certificati di morte rilasciati. | 243 | 221 | 235 |
| Controllo di eventi di malattia infettiva | | | |
| N° notifiche registrate con il sistema SIMID. | 1.767 | 2.421 | 1.592 |
| N° inchieste eseguite a seguito di notifica di una malattia per la quale debba essere attivato tale intervento. | 401 | 580 | 294 |
| N° persone oggetto di intervento. | 1.831 | 1.157 | 775 |
| N° riunioni informative collettive. | 9 | 12 | 6 |
| Medicina dei viaggi | | | |
| N° persone a cui è stato fornito counselling. | 1.758 | 1.733 | 1.851 |

| ATTIVITA' | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate | | | |
| N° vaccinazioni gestite. | 70.563 | 72.666 | 65.624 |
| N° vaccinazioni eseguite dal SISP. | 68.501 | 68.217 | 60.829 |
| Gestione campagna vaccinazione antinfluenzale | | | |
| N° vaccinazioni gestite. | 68.339 | 71.032 | 63.308 |
| N° vaccinazioni eseguite dal SISP. | 516 | 474 | 455 |

MEDICINA DELLO SPORT
Dati di attività anno 2014 - 2015(*)

| ATTIVITA' | anno 2014 | anno 2015 |
|---|-----------|-----------|
| Visita Medica per idoneità sport agonistico | 6.286 | 6.610 |
| ECG a riposo | 6.332 | 6.670 |
| ECG durante test da sforzo | 6.296 | 6.610 |
| ECG dopo sforzo | 6.296 | 6.610 |
| Esame urine | 6.293 | 6.629 |
| Spirometria | 6.283 | 6.610 |
| Certificazioni di idoneità/non idoneità | 6.668 | 6.730 |
| Numero di certificati di idoneità alla pratica sportiva agonistica utilizzati dalle strutture dell'ASL e/o consegnati ai soggetti privati autorizzati alla certificazione | 18.850 | 19.450 |
| Visite mediche per idoneità sport NON agonistico | 21 | 84 |
| Visita specialistica Medico-Sportiva | 0 | 26 |
| Visita per traumatologia da sport | 3 | 0 |
| Visita per valutazione ed avviamento allo sport | 71 | 0 |

(*) L'attività viene strutturata all'interno del Dipartimento di Prevenzione a partire dal 2014.

| SCREENING DI PREVENZIONE ONCOLOGICA | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------|-----------|-----------|
| DIPARTIMENTO DI SCREENING N. 7 | | | | |
| TEST | INDICATORI | anno 2013 | anno 2014 | anno 2015 |
| mammografia | n. inviti alla popolazione | 44.391 | 45.906 | 53.793 |
| | n. test effettuati | 32.185 | 32.921 | 36.724 |
| | % adesione al test (spontanee + lettera) | 72,5 | 71,7 | 68,3 |
| | n. inviti ad approfondimento diagnostico | 1.482 | 1.578 | 1.731 |
| citologia cervicovaginale | n. inviti alla popolazione | 55.734 | 62.160 | 52.613 |
| | n. test effettuati | 30.369 | 34.043 | 28.439 |
| | % adesione al test (spontanee + lettera) | 54,5 | 54,8 | 54,1 |
| | n. inviti ad approfondimento diagnostico | 1.907 | 2.090 | 2.186 |
| rettosigmoidoscopia | n. inviti alla popolazione | 3.624 | 4.923 | 3.346 |
| | n. test effettuati | 1.114 | 1.748 | 1.064 |
| | % adesione al test | 30,7 | 35,5 | 31,8 |
| | n. inviti ad approfondimento diagnostico | 99 | 165 | 166 |
| FIT | n. inviti alla popolazione | 38.279 | 21.249 | 37.776 |
| | n. test effettuati | 17.836 | 9.498 | 17.648 |
| | % adesione al test | 46,6 | 44,7 | 46,7 |
| | n. inviti ad approfondimento diagnostico | 805 | 809 | 1.202 |

3.2 Albero della performance

L'albero della Performance è una mappa logica che rappresenta graficamente i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi. In altri termini, tale mappa dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla missione. Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti. Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate. La definizione del Piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

Nel tempo l'ASL CN1 revisiona annualmente il proprio sistema di budget per mantenerlo in linea con le esigenze strategiche, correlarlo con le evoluzioni normative e strutturarne nella logica

organizzativa che via via sta sviluppando si vuole così ottenere una maggior 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.

Anche nel 2015, come già descritto nei processi di budget 2013 e 2014, si è realizzata l'organizzazione che è stata adottata anche per il corrente anno e che individua prospettive, dimensioni e obiettivi, in una struttura a cascata:

- 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.

A partire dal mese di Novembre 2015, la Direzione strategica dell'ASL CN1 ha stabilito un Piano delle Azioni contenente la programmazione strategica per l'anno 2016 in tutti gli ambiti aziendali, per la definizione del quale la Direzione Generale dell'Azienda si è avvalsa del supporto delle Macrostrutture aziendali e del Collegio di Direzione. La Direzione ha illustrato tale Piano nel corso di alcuni specifici incontri, organizzati rispettivamente a Dicembre 2015 per il Collegio di Direzione e in due riunioni plenarie a Gennaio 2016) per tutti i Responsabili delle Strutture e ai Coordinatori del comparto. Nel Piano delle Azioni sono state definite le specifiche aree di intervento (strutturali e di risparmio energetico; incremento delle attività ambulatoriali; implementazione di nuove attività; appropriatezza delle prestazioni; redistribuzione di risorse e riorganizzazione territoriale; percorsi per pazienti fragili, critici e psichiatria; attuazione del piano di prevenzione) e le azioni con riferimento a quanto già eventualmente avviato e/o completato nel corso dell'anno 2015 e gli intendimenti per le proposte di attività per l'anno 2016. La Direzione strategica ha individuato per ogni azione un soggetto Responsabile, con il compito di coordinare lo sviluppo, di monitorarne l'andamento e, per quanto possibile, di definirne le caratteristiche e portarla avanti come obiettivo di budget 2016. Infatti, dal Piano delle Azioni 2016, è discesa la definizione degli obiettivi specifici per le strutture aziendali, che sono stati individuati con l'aiuto dei Responsabili individuati, delle Strutture di Staff e del Coordinamento budget. L'albero della performance nasce dalla traduzione di quanto sopra descritto in obiettivi che la Direzione Generale considera strategici per l'anno 2016. Si propone di seguito lo schema sintetico del Piano delle Azioni per

l'anno 2016 (per la versione completa del Piano si rimanda all'allegato 2 del presente documento)

| AREA | ID | AZIONE |
|---|----|---|
| Alienazioni e fitti | 1 | Alienazione sede distretto Fossano |
| | 2 | Ex Ospedale di Mondovì |
| | 3 | Alienazione immobili Racconigi |
| | 4 | Alienazione Sedi varie Cavallermaggiore e Dronero |
| | 5 | Dismissioni affitti Corti e Feyles Saluzzo. |
| | 6 | Dismissione fitti Distretto Mondovì |
| | 7 | Altre dismissioni affitti |
| Ampliamento attività Dialisi | 8 | Ampliamento attività Dialisi - Savigliano. |
| | 9 | Avvio attività Dialisi - Mondovì. |
| | 10 | Emodialisi domiciliare |
| Appropriatezza | 11 | Riduzione prestazioni inappropriate per ricoveri |
| | 12 | Progetto offerta odontoiatrica |
| | 13 | Azioni per riduzione tasso di ospedalizzazione |
| | 14 | Obiettivo regionale su azione prelievi cornee e accertamenti morte cerebrale |
| | 15 | Obiettivi regionali su azioni rischio clinico |
| | 16 | PNE - Audit su casi anomali |
| | 17 | PNE - Nuovi audit su indicatori di mortalità anomali |
| | 18 | Comunicazione medico - paziente |
| Attività di supporto amministrativo | 19 | Mappatura processi in funzione dell'anticorruzione |
| | 20 | Piano attuativo della Certificabilità |
| | 21 | Continuazione progetto di valutazione delle competenze |
| Attuazione atto aziendale | 22 | Riorganizzazione strutture amministrative |
| | 23 | Selezione direttori di strutture complesse |
| | 24 | Attuazione vari gruppi di progetto |
| | 25 | Rafforzamento ruolo del Direttore di Dipartimento anche in funzione della riorganizzazione delle strutture di ogni Dipartimento |
| Attuazione della spending review | 26 | Dispositivi medici |
| | 27 | Servizi generali |
| | 28 | Software amministrativi |
| | 29 | Manutenzioni / utenze |
| | 30 | AMOS/CROCI - (anche con riferimento ad applicazione del manuale delle procedure dei trasporti intra ed interaziendali dei pazienti) |
| | 31 | Controllo pasti mensa da appalto |
| Centralizzazioni e razionalizzazioni | 32 | Riorganizzazione cucine Saluzzo / Savigliano |
| | 33 | Realizzazione mensa Savigliano |
| | 34 | Cucine/ristorazione e pulizie: miglioramento aspetti critici rilevati dalla Customer |
| | 35 | Omogeneizzazione e razionalizzazione sportelli unici amministrativi |
| | 36 | Centralizzazione magazzini economici e riduzione costi |
| | 37 | Centralizzazione magazzini farmaceutici |
| | 38 | Adozione progetto di centralizzazione laboratorio unico (Asl CN1 e ASO) |

| AREA | ID | AZIONE |
|--------------------------------------|----|--|
| Centralizzazioni e razionalizzazioni | 39 | Progetto di centralizzazione Centro Trasfusionale (Asl CN1 e ASO) |
| | 40 | Socio/Assistenziale |
| | 41 | Rivisitazione turni di guardia e pronta disponibilità alla luce della nuova normativa sull'orario di lavoro |
| Farmacia | 42 | Distribuzione diretta diabetici/farmaci |
| | 43 | Adozione prontuario farmaceutico interaziendale |
| | 44 | Progetto regionale farmaceutica - area territoriale e ospedaliera (brevetto scaduto) |
| Incremento attività Cure Palliative | 45 | Assistenza domiciliare per cure palliative (direttamente gestite) |
| | 46 | Progetto ed avvio letti per terminali Ceva |
| Interventi strutturali | 47 | Adeguamento sterilizzazione |
| | 48 | Nuova camera bianca per antitumorali (UFA) Savigliano |
| | 49 | Cablaggio ospedali di Savigliano e Saluzzo |
| | 50 | Avvio risonanza magnetica di Savigliano |
| | 51 | Ospedale di Savigliano: a) Comfort alberghiero; b) Intervento di manutenzione straordinaria reparto P.O. Savigliano. |
| | 52 | Adeguamento normativo regola tecnica VV.FF. Ospedale di Savigliano |
| | 53 | Manutenzione straordinaria manto di copertura: a) Ospedale di Fossano; b) Distretto di Ceva. |
| | 54 | Inserimento n. 1 impianto ascensore Corpo M Ospedale di Savigliano. |
| PAT | 55 | Aumento delle MMG di gruppo - Ceva, Saluzzo, Savigliano, Racconigi e Caraglio |
| | 56 | Attuazione PAT |
| | 57 | Riequilibrio territoriale |
| | 58 | Dimissioni protette / Continuità Assistenziale |
| | 59 | Attivazione sportello sulle dipendenze per offrire spazio di integrazione MMG/operatori SERD - Fossano - |
| Pazienti fragili e disabili | 60 | Progetto Neuroriabilitazione interaziendale ASL Cn1 - ASO |
| Percorsi | 61 | Attuazione rete cardiologica ASL Cn1 - ASO |
| | 62 | Attuazione percorso scompenso |
| | 63 | Attuazione rete oncologica |
| | 64 | Attuazione rete emergenza Ictus |
| | 65 | Realizzazione documento di miglioramento continuo dei percorsi con riferimento a diabete, BPCO, Scompenso cardiaco |
| | 66 | Progetto prevenzione retinopatia diabetici |
| Prevenzione | 67 | Potenziamento attività screening colon-retto |
| | 68 | Potenziamento attività screening Prevenzione Serena |
| | 69 | Attuazione Piano di Prevenzione |
| | 70 | Linee guida attività di controllo ufficiale DGR 30/12/2013 n. 12-6980. Accordo Stato Regioni 7/2/2013 |

| AREA | ID | AZIONE |
|-----------------------------|----|---|
| Psichiatria | 71 | Avvio Comunità Psichiatrica Racconigi |
| | 72 | Revisione Extralea Psichiatria |
| Risparmio energetico | 73 | Cogenerazione e teleriscaldamento Ospedale Mondovì e Ospedale di Savigliano |
| | 74 | Interventi di Energy Saving: a) Impianto termico Corpi G/M Savigliano; b) Struttura n. 1 Corpi G/M Ospedale di Savigliano; c) Impianto termico ex Enel Savigliano; d) Centrale termica Ospedale di Ceva; e) Impianto termico Ospedale di Fossano; f) Unità trattamento aria Ospedale di Mondovì; g) Centrale Termica Cascina Solaro Mondovì; h) Impianto termico Ospedale di Demonte; i) Centrale Idrica Ospedale di Savigliano. |
| | 75 | Sistema di contabilizzazione energetica - tutte le sedi |
| | 76 | Sostituzione corpi illuminanti Via Carlo Boggio |
| | 77 | Intervento manutenzione straordinaria impianti idrotermosanitari Ospedale di Savigliano |
| | 78 | Intervento di manutenzione straordinaria Centrale Termica CIM Saluzzo per adeguamento alle normative |
| | 79 | Potenziamento Rx Saluzzo |
| Specialistica ambulatoriale | 80 | Potenziamento cardiologia Saluzzo - Savigliano |
| | 81 | Aumento attività Oculistica |
| | 82 | Razionalizzazione attività Alpi |
| | 83 | Rispetto dei tempi di attesa specialistica ambulatoriale |

Seguendo il modello regionale di definizione degli obiettivi aziendali 2015, gli obiettivi aziendali vengono strutturati in schede descrittive che stabiliscono innanzitutto le caratteristiche dell'obiettivo (il risultato atteso, il target e le scadenze), individuando inoltre un Referente aziendale che, in qualità di "esperto" si occupa di seguirne l'iter e di collaborare con la Direzione Generale per individuare le Strutture che vengono coinvolte da ciascun obiettivo, in modo che gli obiettivi vengano quindi declinati e assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con il Collegio di Direzione e le Strutture in Staff alla Direzione Generale.

4. Analisi del contesto

4.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi presentata ha preso in considerazione il contesto demografico ed epidemiologico in cui opera l'Azienda, estrapolando i principali fattori di impatto sulle strategie aziendali.

4.1.1 Contesto socio-economico

L'economia del territorio è rivolta soprattutto ai servizi, all'agricoltura e al commercio, ma in alcuni distretti sono presenti importanti insediamenti industriali. Nel 2014 presso la Camera di Commercio di Cuneo le imprese registrate sono così divise: 30% a vocazione agricola-zootecnica, 9% industria, 15% costruzioni, 19% commercio, 5% turismo, 20% altri servizi (fonte: Camera di Commercio di Cuneo).

Analizzando i dati relativi agli anni 2007-2014, è possibile dedurre che, per quanto riguarda il mercato del lavoro, la provincia di Cuneo, nel suo complesso, ha registrato un trend virtuoso, rispetto alle tendenze regionali, nonostante sia possibile rilevare, anche per essa, un sensibile aumento del tasso di disoccupazione. Riportiamo nella tabella seguenti i dati riferiti al periodo suddetto, con aggiornamento del database a gennaio 2016 (fonte: Annuario Statistico Regione Piemonte su dati ISTAT):

| | Indicatori | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Provincia di Cuneo | Tasso attività 15-64 a. | 70,5 | 71,4 | 71,3 | 71,0 | 71,7 | 71,3 | 70,2 | 71,0 |
| | Tasso occupazione 15-64 a. | 68,9 | 68,9 | 69,2 | 68,5 | 69,0 | 66,8 | 65,3 | 67,1 |
| | Tasso disoccupazione | 2,2 | 3,4 | 2,9 | 3,4 | 3,8 | 6,1 | 6,8 | 5,3 |
| | Tasso di inattività | 29,6 | 29,0 | 29,4 | 29,7 | 29,2 | 28,7 | 29,8 | 29,0 |
| Piemonte | Tasso attività 15-64 a. | 67,8 | 68,8 | 68,8 | 68,8 | 69,7 | 70,2 | 69,6 | 70,5 |
| | Tasso occupazione 15-64 a. | 64,9 | 65,2 | 64,0 | 63,5 | 64,3 | 63,8 | 62,2 | 62,4 |
| | Tasso disoccupazione | 4,2 | 5,0 | 6,8 | 7,6 | 7,6 | 9,2 | 10,5 | 11,3 |
| | Tasso di inattività | 32,2 | 31,3 | 31,4 | 31,3 | 30,5 | 29,8 | 30,4 | 29,5 |

Tabella - Indicatori economici della Provincia di Cuneo e della regione Piemonte. Anni 2007-2014

Il numero degli occupati ha continuato a salire fino al 2011, registrando per la nostra provincia valori molto elevati, con un'impennata dei disoccupati dal 2012. I dati degli inattivi (persone che non fanno parte delle forze di lavoro, ovvero quelle non classificate come occupate o disoccupate) sono nel totale tendenzialmente stabili, con numeri maggiori per il sesso femminile.

Gli uomini in cerca di occupazione sono stati in costante aumento, attestandosi nel 2011 su valori molto vicini a quelli delle donne e superandole nel 2013, come da tabella seguente che riporta i dati riferiti al periodo suddetto, con aggiornamento del database a gennaio 2016 (fonte: I.Stat):

| Indicatori | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Totale | Occupati (x 1000) | 261 | 261 | 264 | 260 | 260 | 258 | 252 | 258 |
| | Disoccupati (x 1000) | 6 | 9 | 8 | 9 | 10 | 17 | 18 | 14 |
| | Inattivi (x 1000) | 108 | 107 | 110 | 111 | 110 | 108 | 112 | 108 |
| Uomini | Occupati (x 1000) | 149 | 151 | 151 | 149 | 147 | 149 | 144 | 146 |
| | Disoccupati (x 1000) | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 | 8 | 11 | 7 |
| | Inattivi (x 1000) | 42 | 40 | 41 | 41 | 41 | 39 | 41 | 42 |
| Donne | Occupati (x 1000) | 111 | 110 | 113 | 111 | 113 | 109 | 108 | 112 |
| | Disoccupati (x 1000) | 4 | 6 | 4 | 5 | 6 | 9 | 8 | 8 |
| | Inattivi (x 1000) | 66 | 67 | 69 | 70 | 68 | 69 | 71 | 67 |

Tabella - Indicatori economici della provincia di Cuneo. Anni 2007-2014

I servizi sono il settore che più occupano le forze lavoro, il trend registrato è stato in continua ascesa ma con un leggero calo negli ultimi due anni; gli altri settori più importanti (Agricoltura ed Industria) hanno registrato un numero di occupati altalenante nel tempo, come illustrato nella tabella seguente che riporta i dati riferiti al periodo suddetto, con aggiornamento del database a gennaio 2016 (fonte: Annuario Statistico Regione Piemonte su dati ISTAT):

| Settori: occupati x 1000 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Agricoltura | 32 | 26 | 30 | 31 | 23 | 22 | 23 | 26 |
| Industria | 85 | 89 | 92 | 87 | 94 | 89 | 86 | 90 |
| Servizi | 145 | 145 | 145 | 146 | 149 | 147 | 144 | 142 |
| Totale | 262 | 263 | 267 | 264 | 266 | 258 | 252 | 258 |

Tabella 3 - Numero di occupati per settore. Anni 2007-2014

Limitandoci al territorio dell'ASL CN1, nel 2011 il reddito medio è di euro 11.270, con un valore minimo di euro 5.423 (Elva) e un massimo di euro 15.987 (Macra). Il 53% dei Comuni ha un reddito dichiarato medio nel 2011 inferiore a euro 11.800. Il dato della nostra ASL si pone al di sotto di quello italiano (euro 12.159), è inferiore a quello dell'intera provincia di Cuneo (euro 13.144) e lo è decisamente rispetto a quello piemontese (euro 14.045) come riportato nel grafico seguente (Fonte: Comuni-Italiani.it, elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

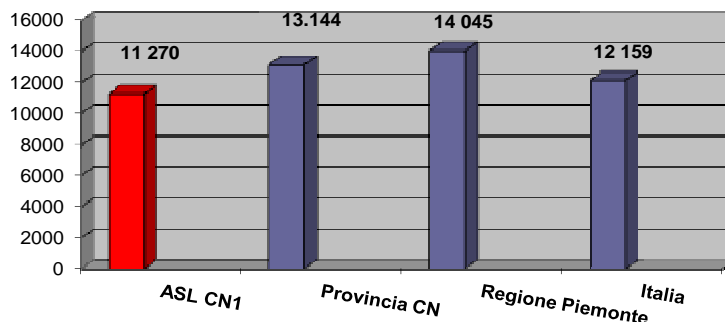


Grafico - Reddito medio dichiarato nel 2011

Relativamente ai dati sull'occupazione nel periodo 2011-2014 si riportano i dati riferiti attraverso le interviste telefoniche della Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). I soggetti intervistati sono residenti di 18-69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL CN1. Dichiara di lavorare "continuativamente e non" il 70% degli intervistati di 18-65 anni e in particolare il 73% dei giovani di 18-34 anni, il 90% dei 35-49enni ed il 47% dei 50-65enni. In tutte le fasce di età gli uomini risultano più "occupati" rispetto alle donne (78% vs 63%). Nel dettaglio, possiede un lavoro il 78% dei maschi di 18-34 anni contro il 69% delle femmine della stessa classe di età, il 96% dei maschi di 35-49 anni vs l'83% delle femmine e il 57% dei 50-65enni vs il 38% delle 50-65enni.

Riferisce di lavorare in modo "continuativo" (grafico 2) il 67% dei 18-65enni, dato statisticamente significativo, con un range a livello regionale che varia da quasi il 71% dell'ASL CN2 al 53% dell'ASL AT.

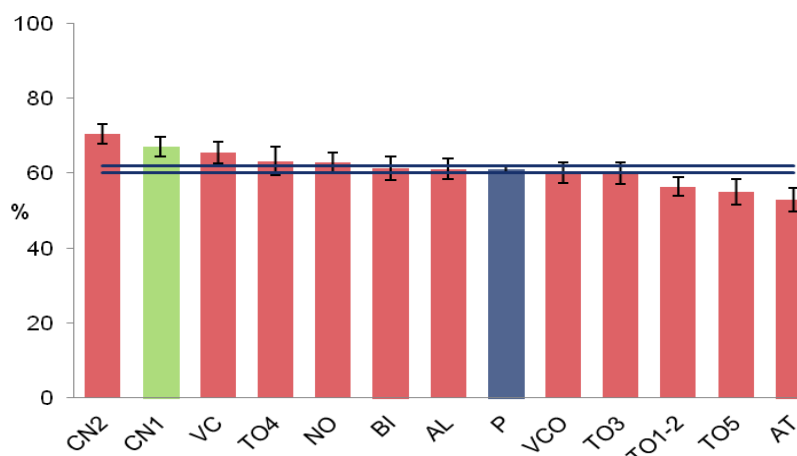


Grafico - P.A.S.S.I. situazione lavorativa continuativa ASL piemontesi periodo 2011- 2014

4.1.2 Contesto demografico

L'Azienda si estende su un territorio alquanto vasto, nella zona sud ovest del Piemonte, corrispondente ad 1/5 di quello regionale e con scarsa densità abitativa (abitanti/km²) che è fra le più basse del Piemonte.

| Residenti 31/12/2015 | Superficie | Densità abitativa |
|----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 419.467 | 5.785 km ² | 73 residenti per km ² |

Fonte: Anagrafica Aziendale

Il territorio è in gran parte (75%) situato in zone montane e collinari:

- superficie montana 57,14%;
- superficie collinare 18,73%;
- superficie in pianura 24,13%.

Insistono sul territorio aziendale 175 Comuni suddivisi in 6 ambiti distrettuali.

Grafico sulla distribuzione per Sesso e Ambito Distrettuale di residenza:

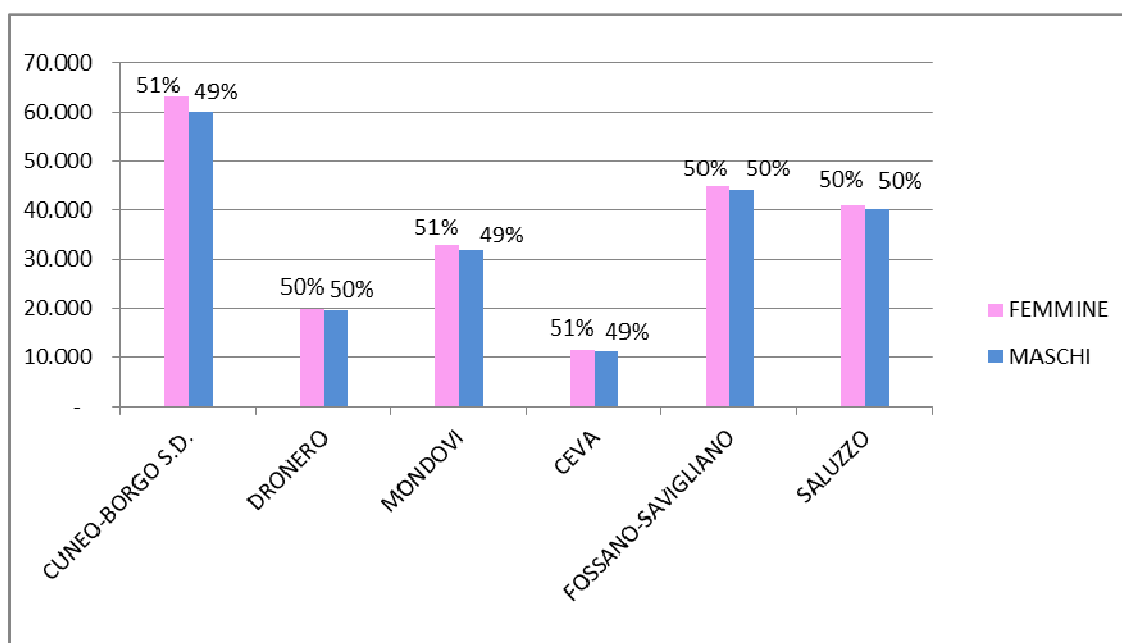
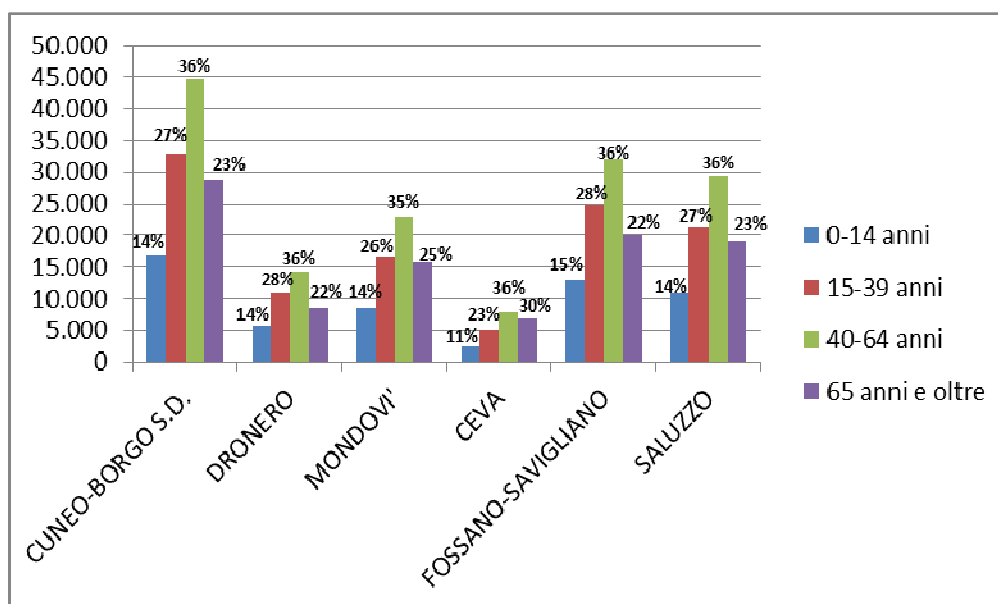


Grafico sulla distribuzione per Fasce d'età e Ambito Distrettuale di residenza:



Volendo confrontare la situazione demografica dell'ASL CN1 con i dati della Provincia di Cuneo, della Regione Piemonte e dell'Italia, utilizziamo per le tabelle seguenti i dati riferiti al 31/12/2014 (anziché quelli rappresentati sopra, riferiti al 31/12/2015), anche per la popolazione dell'ASL CN1.

| SESSO | ASL CN 1 | PROVINCIA DI CUNEO | REGIONE PIEMONTE | ITALIA |
|----------------|------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| <i>Femmine</i> | 213.248 (51%) | 301.156 (51%) | 2.284.173 (52%) | 31.294.022 (51%) |
| <i>Maschi</i> | 207.084 (49%) | 290.904 (49%) | 2.140.294 (48%) | 29.501.590 (49%) |
| TOTALE | 420.332 | 592.060 | 4.424.467 | 60.795.612 |

Fonte: per i dati ASL CN1 = Anagrafica Aziendale; per i dati provinciali/regionali/nazionali = Demo Istat, Bilancio demografico

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

Popolazione Straniera

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

Dei 5.014.437 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2014, 425.448 si trovano in Piemonte (8,48%), 60.711 in Provincia di Cuneo (1,21%) e 41.869 nel territorio di questa ASL (0,83%).

Confronto sui residenti stranieri al 31/12/2014 tra i valori dell'ASL CN1 con quelli Provinciali, Regionali e Nazionali:

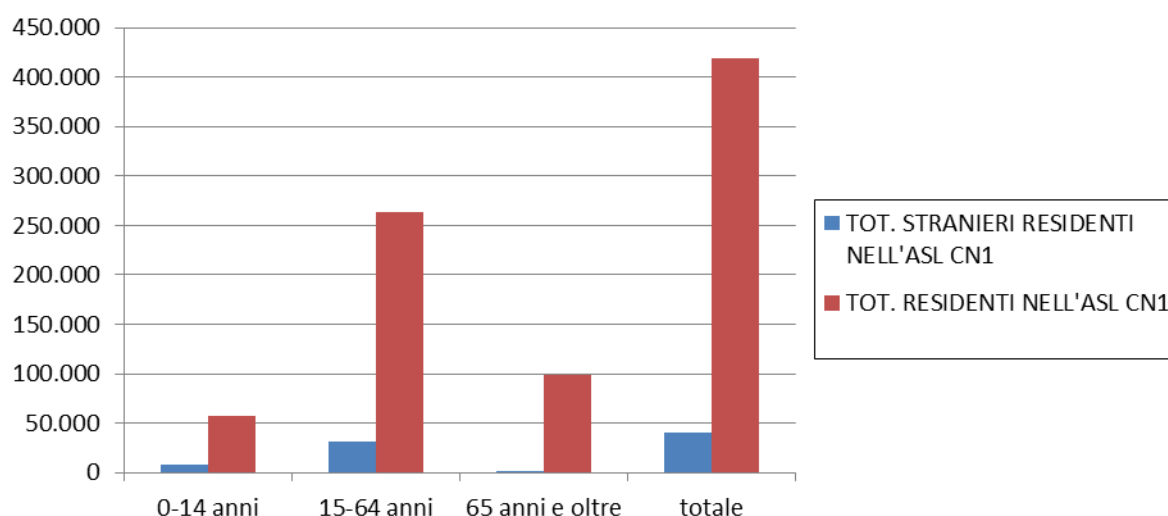
| TERRITORIO | TOT. RESIDENTI | RESIDENTI STRANIERI E RELATIVA % SU TOT. RESIDENTI (indice di immigrazione) | |
|--------------------|----------------|--|--------|
| ITALIA | 60.795.612 | 5.014.437 | 8,24% |
| PIEMONTE | 4.424.467 | 425.448 | 9,61% |
| PROVINCIA DI CUNEO | 592.060 | 60.711 | 10,25% |
| ASL CN1 | 420.332 | 41.869 | 9,96% |

Fonte: per i dati ASL CN1 = Anagrafica Aziendale. Per i dati nazionali, provinciali e regionali = Demo ISTAT

Attingendo ai dati dei residenti al 31/12/2015, proponiamo di seguito il confronto sulle fasce di età giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 anni e oltre) tra gli stranieri residenti nell'ASL CN 1 con il totale della popolazione ivi residente:

| FASCE DI ETA' | TOT. STRANIERI RESIDENTI NELL'ASL CN1 | TOT. RESIDENTI NELL'ASL CN1 |
|-----------------|--|--------------------------------|
| 0-14 anni | 8.031 | 57.586 |
| 15-64 anni | 31.227 | 263.012 |
| 65 anni e oltre | 1.641 | 98.869 |
| TOTALE | 40.899 | 419.467 |

Fonte: = Anagrafica Aziendale



Indici demografici (Anno 2014)

| INDICATORE | DATO ASL CN1 | DATO REGIONE PIEMONTE | DATO NAZIONALE |
|---|--------------|-----------------------|----------------|
| Indice di invecchiamento (% popolazione ≥ 65 / 0-14 anni) | 183% | 186% | 154% |
| Tasso di natalità (rapporto tra numero nascite e numero totale della popolazione residente) | 8,4‰ | 8‰ | 8‰ |
| Tasso di mortalità (rapporto tra numero morti e numero totale della popolazione residente) | 11,6‰ | 11‰ | 10‰ |
| Crescita naturale (differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità) | -3,2‰ | -3‰ | -2‰ |

4.1.3 Contesto sanitario

I dati delle malattie infettive

Le malattie infettive diffuse, sulla base delle modalità di notifica, vengono suddivise in cinque classi:

- 1) CLASSE I: Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al Regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse
- 2) CLASSE II: Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo
- 3) CLASSE III: Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni
- 4) CLASSE IV: Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici
- 5) CLASSE V: Malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle

classi precedenti, zoonosi indicate dal regolamento di polizia veterinaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, e non precedentemente menzionato.

Sono riportati di seguito i dati estratti dal report "Sorveglianza delle malattie infettive anno 2014" (Regione Piemonte -fonte SEREMI ASL AL).

Tabella -Classe I numero di casi notificati nei residenti:

| Classe I | ASL CN1 | | Regione Piemonte | |
|---------------------------------|-------------|---------------------|------------------|---------------------|
| | Numero casi | *Tasso di incidenza | Numero casi | *Tasso di incidenza |
| Influenza con isolamento virale | 0 | 0 | 17 | 0,390 |
| Tetano | 1 | 0,24 | 5 | 0,115 |
| Dengue | 0 | 0 | 4 | 0,092 |
| Chikungunia | 0 | 0 | 1 | 0,023 |

Tabella -Classe II numero di casi notificati nei residenti:

| Classe II | ASL CN1 | | Regione Piemonte | |
|---------------------------|-------------|---------------------|------------------|---------------------|
| | Numero casi | *Tasso di incidenza | Numero casi | *Tasso di incidenza |
| Blenorragia | 4 | 0,959 | 129 | 2,96 |
| Brucellosi | 0 | 0 | 1 | 0,023 |
| Diarrea infettiva | 0 | 0 | 75 | 1,721 |
| Epatite A | 2 | 0,48 | 48 | 1,102 |
| Epatite B | 4 | 0,959 | 45 | 1,033 |
| Epatite NANB | 0 | 0 | 9 | 0,207 |
| Febbre tifoide | 0 | 0 | 3 | 0,069 |
| Legionellosi | 8 | 1,918 | 105 | 2,41 |
| Leishmaniosi viscera | 0 | 0 | 4 | 0,092 |
| Leptosirosi | 0 | 0 | 2 | 0,046 |
| Listeriosi | 2 | 0,48 | 22 | 0,505 |
| Meningite meningococcica | 1 | 0,24 | 7 | 0,161 |
| Meningo-encefalite virale | 2 | 0,48 | 61 | 1,4 |
| Morbillo | 435 | 104,299 | 568 | 13,035 |
| Parotite epidemica | 15 | 3,597 | 76 | 1,744 |
| Pertosse | 2 | 0,48 | 29 | 0,665 |
| Rickettsiosi | 1 | 0,24 | 1 | 0,023 |
| Rosolia | 0 | 0 | 3 | 0,069 |
| Salmonellosi non tifoidea | 40 | 9,591 | 395 | 9,064 |
| Scarlattina | 312 | 74,808 | 1073 | 24,623 |
| Sifilide | 5 | 1,199 | 86 | 1,974 |
| Varicella | 1511 | 362,29 | 5198 | 119,284 |

Tabella -Classe III numero di casi notificati nei residenti:

| Classe III | ASL CN1 | | Regione Piemonte | |
|------------------------|-------------|---------------------|------------------|---------------------|
| | Numero casi | *Tasso di incidenza | Numero casi | *Tasso di incidenza |
| Malaria | 14 | 3,357 | 93 | 2,134 |
| Tb. Polmonare | 22 | 5,275 | 230 | 5,278 |
| Tb. Extra Polmonare | 14 | 3,357 | 94 | 2,157 |
| Micobatteriosi non Tb. | 4 | 0,959 | 42 | 0,964 |

Tabella -Classe IV numero di focolai epidemici notificati nei residenti:

| Classe IV | Salmonellosi non tifoidea | Morbillo | Scabbia | Tubercolosi |
|-------------|---------------------------|----------|---------|-------------|
| Numero casi | 2 | 277 | 31 | 4 |
| Focolai | 1 | 39 | 5 | 2 |

Tabella -Classe V numero di casi notificati nei residenti:

| Classe V | ASL CN1 |
|--|---------|
| Acariasi | 2 |
| Coxsackiosi | 8 |
| Herpes Zoster | 5 |
| Infezione intestinale da Campylobacter | 4 |
| Altre infezioni intestinali e int. alimentari | 56 |
| Malattia di Lyme (Borreliosi) | 2 |
| Altre meningiti non meningococciche | 2 |
| Mononucleosi infettiva | 18 |
| Pediculosi e ftiriasi | 18 |
| Polmonite da emofilo | 4 |
| Polmonite pneumococcica | 1 |
| Quarta e quinta malattia e altri esantemi virali | 20 |
| Scabbia | 50 |
| Setticemie non meningococciche | 1 |
| Tinea | 1 |
| Toxoplasmosi | 1 |

**tasso di incidenza: proporzione di "nuovi eventi" che si verificano in una popolazione in un dato lasso di tempo; viene calcolato moltiplicando per 100.000 il numero di casi di malattie infettive notificati nell'anno e dividendo il risultato per la popolazione residente.*

Nel 2014 in ASL CN1 tra i casi notificati di malattie infettive in Classe II spiccano i tassi al di sopra di quelli riferibili alle medie regionali per quanto riguarda morbillo, scarlattina e varicella.

Nello specifico per quanta riguarda il **morbillo** il tasso regionale è del 13.035 mentre nella nostra ASL è del 104.299, come riportato nel grafico seguente.

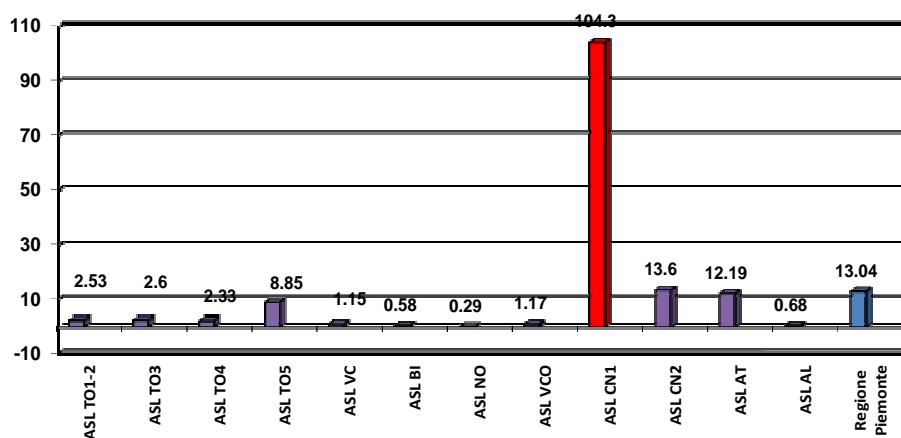


Grafico - Tassi di incidenza di morbillo anno 2014

Il tasso della **scarlattina** in ASL CN1 si assesta a 74.808 mentre quello regionale è di 26.403:

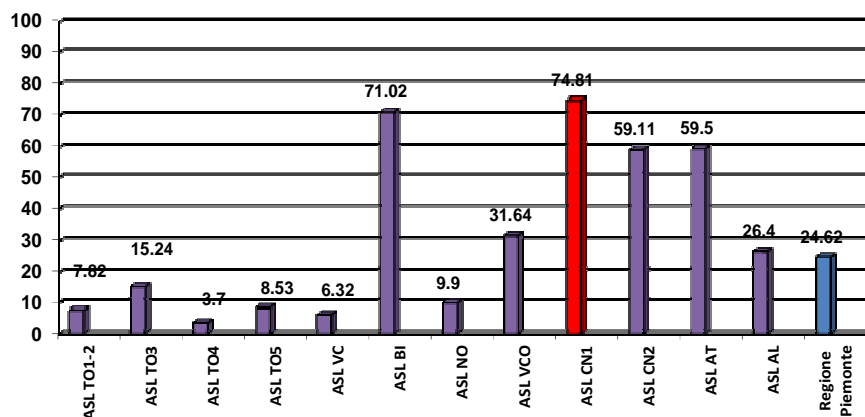


Grafico - Tassi di incidenza di scarlattina anno 2014

La **varicella** a livello di Regione Piemonte nel 2014 ha un tasso di notifica di 119.284; a livello di ASL CN1 il dato si assesta a 362.29:

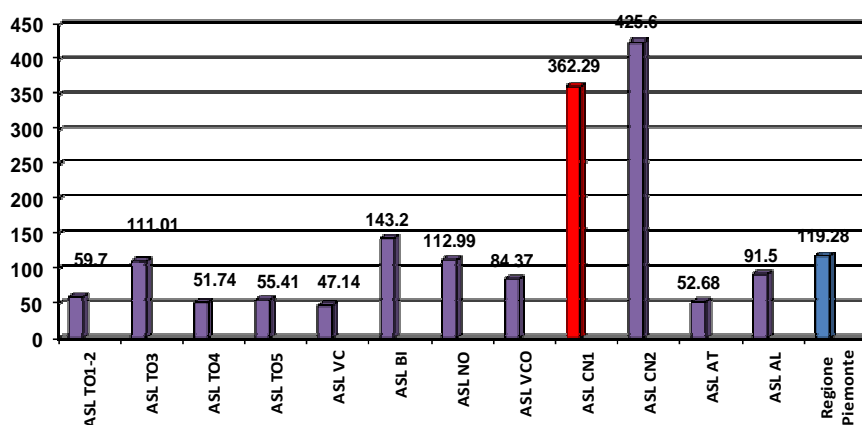


Grafico - Tassi di incidenza di varicella anno 2014

La stima della copertura vaccinale per l'**influenza stagionale** è stata fatta attraverso i dati autoriferiti mediante le interviste telefoniche della Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Durante l'intervista telefonica i soggetti campionati riferiscono se si sono vaccinati o meno nella stagione precedente.

Nel periodo 2011-2014 in ASL CN1, sotto ai 65 anni di età, poco più del 7% degli intervistati risulta essersi sottoposto alla vaccinazione antinfluenzale.

A livello di Regione Piemonte e di Pool nazionale il dato è del 9%.

Tra le persone affette da patologie croniche (almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato) risulta vaccinato il 19%.


A livello regionale il dato è del 27%, nel Pool PASSI nazionale del 23%.

La salute percepita

E' quella riferita attraverso le interviste telefoniche del Sistema Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che registra lo Stato di salute e i

fattori comportamentali tra i 18 e i 69 anni nell'ASL CN1 e lo confronta con il resto della Regione e dell'Italia. I dati raccolti sono quelli autoriferiti dai residenti sul territorio aziendale, campionati e intervistati attraverso il metodo previsto da P.A.S.S.I., senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari. In questo modo si cerca di trasformare i dati, con l'aiuto del cittadino, in "azioni per la salute".

I RISULTATI PRINCIPALI (2011-2014)

|  | ASL CN1 | REGIONE PIEMONTE | POOL PASSI NAZIONALE |
|---|---------|------------------|----------------------|
| PROFILO SOCIO DEMOGRAFICO DEI SOGGETTI INTERVISTATI | | | |
| ha un'istruzione medio-bassa | 44% | 40% | 38% |
| ha un lavoro, continuativo e non (18-65 anni) | 70% | 68% | 65% |
| ha molte/qualche difficoltà economiche | 30% | 49% | 58% |
| BENESSERE | | | |
| giudica la propria salute positivamente | 75% | 72% | |
| riferisce sintomi di depressione nelle ultime due settimane | 2% | 6% | |
| GUADAGNARE SALUTE | | | |
| pratica adeguata attività fisica | 28% | 33% | 33% |
| è completamente sedentario | 26% | 30% | 31% |
| è in eccesso ponderale | 33% | 36% | 42% |
| è classificabile come bevitore a maggior rischio | 16% | 18% | 17% |
| fuma | 25% | 26% | 27% |
| SICUREZZA | | | |
| ha guidato sotto l'effetto dell'alcol nell'ultimo mese | 7% | 9% | 9% |
| mentre era alla guida è stato fermato dalle Forze dell'Ordine | 47% | 34% | 34% |
| è ricorso ai servizi sanitari in seguito ad infortunio domestico | 3% | 4% | |
| FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE | | | |
| è iperteso | 17% | 20% | 20% |
| è ipercolesterolemico | 18% | 24% | 24% |
| PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE (PAP-TEST/MAMMOGRAFIA/VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE) | | | |
| donne (25-64 anni) | | | |
| • che riferiscono un Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni | 79% | 86% | 79% |
| • che hanno eseguito un Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato | 61% | 62% | 42% |
| • che hanno eseguito un Pap-test come prevenzione individuale | 18% | 24% | 37% |
| donne (50-69 anni) | | | |
| • che riferiscono una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni | 70% | 72% | 71% |
| • che riferiscono una mammografia all'interno di un programma di screening organizzato | 64% | 61% | 51% |
| • che hanno eseguito una mammografia come prevenzione individuale | 6% | 11% | 19% |
| Persone (<65 anni) che riferiscono di essere stati vaccinati contro l'influenza stagionale durante le ultime 4 campagne vaccinali | 7% | 9% | 9% |

Il peso dell'incidentalità stradale sul territorio

Dal punto di vista statistico, l'informazione sull'incidentalità, garantita dall'attività congiunta tra l'Istituto Nazionale di statistica e l'ACI, si basa su una rilevazione mensile degli incidenti stradali verificatisi sul territorio nazionale, rilevati dalle autorità pubbliche e contrassegnati da conseguenze alle persone (morti o feriti).

La rilevazione è svolta con la collaborazione della Polizia stradale, di Carabinieri e della Polizia Municipale, soggetti istituzionalmente preposti al controllo della circolazione alla disciplina del traffico (fonte ISTAT).

A partire dal 1° gennaio 1999, l'ISTAT ha esteso da 7 a 30 giorni il periodo di tempo necessario alla contabilizzazione del numero dei decessi per incidente stradale.

I dati disponibili con la rilevazione ISTAT-ACI, consentono di calcolare, con riferimento alle diverse forme di sinistrosità, il numero di incidenti, morti, feriti.

Sul territorio dell'ASL CN1 nel triennio 2011-2013 si sono verificati 3.023 incidenti, i morti sono stati 105 e i feriti 4.662; il calcolo degli indicatori statistici di incidentalità costruiti a partire da questi dati evidenzia i Comuni in cui i tassi sono più elevati.

Nella tabella sottostante sono riportati i Comuni con i dati in ordine decrescente in relazione all'indice di mortalità stradale (RM).

TASSI DI INCIDENTALITA' STRADALE ASL CN1 (TRIENNIO 2011-2013)

| COMUNE | RM* | RF ** | RP *** |
|---------------------|-------|--------|--------|
| Paroldo | 44.44 | 188.89 | 38.89 |
| Clavesana | 33.33 | 83.33 | 33.33 |
| San Damiano Macra | 33.33 | 116.67 | 33.33 |
| Valloriate | 33.33 | 66.67 | 33.33 |
| Pianfei | 29.76 | 228.57 | 10.85 |
| Vernante | 29.76 | 192.86 | 12.63 |
| Morozzo | 24.44 | 96.51 | 22.22 |
| Castelletto Stura | 22.22 | 127.78 | 22.22 |
| Montaldo di Mondovì | 16.67 | 116.67 | 16.67 |
| Niella Tanaro | 16.67 | 100 | 8.33 |
| Sale delle Langhe | 16.67 | 16.67 | 16.67 |
| Salmour | 16.67 | 77.78 | 11.11 |
| Vottignasco | 16.67 | 100 | 11.11 |
| Centallo | 13.4 | 153.38 | 8.18 |

| COMUNE | RM* | RF ** | RP *** |
|---------------------------|-------|--------|--------|
| Caramagna Piemonte | 13.33 | 181.11 | 5.8 |
| Marene | 13.33 | 168.33 | 6.06 |
| Lesegno | 12.3 | 128.57 | 10.09 |
| Genola | 11.11 | 163.89 | 4.77 |
| Monasterolo di Savigliano | 11.11 | 115.56 | 11.11 |
| Priola | 11.11 | 172.23 | 5.56 |
| Trinità | 11.11 | 116.67 | 8.1 |
| Vinadio | 11.11 | 138.89 | 5.56 |
| Bagnasco | 9.52 | 225.29 | 3.51 |
| Sant'Albano Stura | 8.33 | 138.89 | 6.67 |
| Peveragno | 7.41 | 225.92 | 3.17 |
| San Michele M.vì | 6.67 | 46.67 | 4.17 |
| Valdieri | 6.67 | 93.33 | 6.67 |
| Revello | 5.66 | 165.22 | 3.3 |
| Beinette | 5.57 | 144.44 | 2.78 |
| Moretta | 5.56 | 130.48 | 4.76 |
| Verzuolo | 5.13 | 166.38 | 3.33 |
| Caraglio | 4.76 | 170.4 | 2.47 |
| Vicoforte | 4.76 | 283.33 | 3.03 |
| Racconigi | 4.17 | 178.47 | 2.08 |
| Roccavione | 4.17 | 200 | 1.23 |
| Busca | 3.84 | 160.64 | 2.23 |
| Cervasca | 3.7 | 154.82 | 1.96 |
| Costigliole Saluzzo | 3.7 | 159.26 | 2.38 |
| Borgo San Dalmazzo | 3.53 | 136.42 | 2.53 |
| Savigliano | 3.34 | 166.04 | 1.97 |
| Barge | 3.03 | 153.69 | 2.08 |
| Carrù | 3.03 | 160.66 | 1.75 |
| Garessio | 2.78 | 134.44 | 1.96 |
| Priero | 2.78 | 158.33 | 1.67 |
| Scarnafigi | 2.56 | 200 | 1.23 |
| Saluzzo | 2.38 | 141.46 | 1.61 |
| Fossano | 2.37 | 157.2 | 1.35 |
| Ceva | 2.08 | 169.89 | 1.33 |
| Mondovì | 2.03 | 146.77 | 1.36 |
| Cuneo | 1.86 | 144.12 | 1.26 |

Legenda

* Indice di mortalità stradale $RM = \frac{M}{I} \times 100$

Tale rapporto contiene al numeratore il numero (**M**) dei decessi come conseguenza degli incidenti e al denominatore il numero (**I**) dei sinistri. Il parametro **RM** esprime, quindi, il numero medio di decessi verificatisi in un determinato anno, ogni 100 incidenti.

L'indice di mortalità stradale **RM** riferito ad un certo anno, misurando il numero medio di morti per incidente, può essere considerato come un indicatore di gravità (o di pericolosità) dei sinistri, tanto maggiore quanto più esso è elevato.

$$** \text{ Indice di lesività stradale } RF = \frac{E}{I} \times 100$$

RF esprime il rapporto di lesività stradale ogni 100 incidenti ed **F** il numero dei feriti. Anche in questo caso, **RF** può essere considerato un indicatore di gravità (o di pericolosità) di incidenti, seppure limitato ai soggetti che, coinvolti in incidenti, non ne sono stati vittime.

$$*** \text{ Indice di pericolosità stradale } RP = \frac{M}{M+F} \times 100$$

dove (**M+F**) rappresenta la quantità di morti e feriti e dunque l'entità delle persone infortunate nell'incidente. La quantità **RP** esprime un indicatore di pericolosità, più fine rispetto ad **RM**, in quanto, a parità di soggetti coinvolti in sinistri, cresce al crescere del numero **M** di morti e dunque dell'esito letale della forma di sinistro considerato.

La prevenzione degli incidenti stradali: l'uso dei dispositivi di sicurezza

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto.

Attraverso le interviste telefoniche della Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) si misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza in base alla dichiarazione degli intervistati.

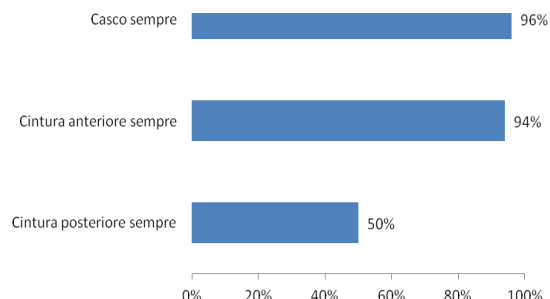
Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà.

La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta, hanno mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. I dati autoriferiti possono essere utili per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

Nel periodo 2011-2014, nell'ASL CN1 la maggior parte degli intervistati, tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto, ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (94%) e il casco (96%).

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 50% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

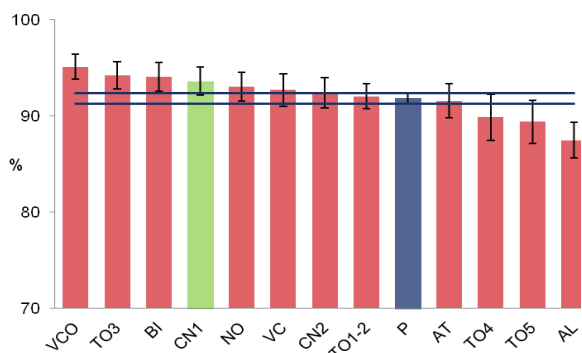
Uso dispositivi di sicurezza ASL CN1 - PASSI 2011-2014



A livello regionale i dati sull'uso sempre della cintura anteriore sono del 92% (range che varia dal 95% dell'ASL VCO a meno dell'88% dell'ASL AL). L'uso sempre della cintura posteriore si attesta invece sul 30%, il range varia dal 50% della nostra ASL (dato statisticamente significativo rispetto al valore regionale) al 17% dell'ASL TO4.

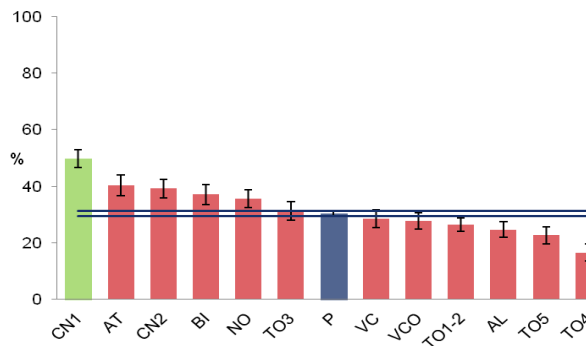
Uso della cintura anteriore

Confronto del dato regionale (P) con i dati delle singole Aziende Sanitarie 2011-2014



Uso della cintura posteriore

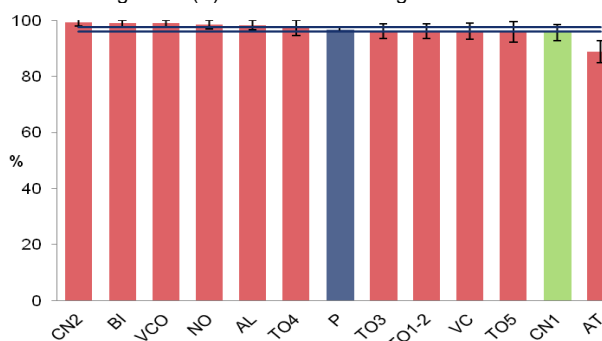
Confronto del dato regionale (P) con i dati delle singole Aziende Sanitarie 2011-2014



A livello regionale quasi il 97% degli intervistati dichiara di usare sempre il casco con un range che varia dal 99% dell'ASL CN2 a meno dell'89% dell'ASL AT.

Il dato dell'ASL CN1 è inferiore a quello regionale in maniera non statisticamente significativa.

Uso del casco
Confronto del dato regionale (P) con i dati delle singole Aziende Sanitarie 2011-2014

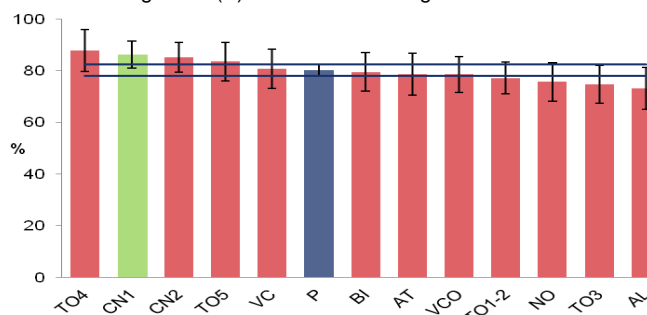


A livello di Pool nazionale la cintura anteriore in auto è stata indossata sempre dall'85% degli intervistati. Nettamente meno frequente è l'uso della cintura posteriore (20%), mentre l'uso del casco in moto sembra essere un'abitudine più consolidata (95%).

Nel periodo 2011-2014 nell'ASL CN1, tra gli intervistati che dichiarano di vivere in famiglia con bambini fino ai 6 anni di età, la maggior parte (86%) non ha difficoltà nel far loro utilizzare il seggiolino o l'adattatore in auto.

A livello regionale il dato si assesta sull'80%, con un range che varia dall'88% dell'ASL TO4 al 73% dell'ASL AL. Il dato per la nostra azienda è superiore a quello regionale in maniera non statisticamente significativa.

Uso dei dispositivi di sicurezza in auto per bambini di 0-6 anni - nessuna difficoltà
Confronto del dato regionale (P) con i dati delle singole Aziende Sanitarie 2011-2014



Dai dati PASSI nazionali emerge nel 22% degli intervistati il non utilizzo o l'utilizzo "inadeguato" dei dispositivi di sicurezza per bambini di 0-6 anni.

4.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno si è incentrata sulla presentazione del modello organizzativo aziendale, su un'analisi dei dati relativi alle risorse umane, tecnologiche biomediche e finanziarie dell'ASL CN1.

4.2.1 Il modello organizzativo

Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione

Le procedure di consultazione per la programmazione consistono in:

- a) riunioni del Collegio di Direzione per le funzioni di direzione strategica e di governo clinico;
- b) riunioni del Comitato di Dipartimento, per la programmazione delle attività dipartimentali;
- c) riunioni del Consiglio dei sanitari, chiamato ad esprimere pareri sull'organizzazione delle attività tecnico-sanitarie;
- d) consultazioni con le organizzazioni sindacali, previste dai contratti collettivi di lavoro;
- e) consultazioni della conferenza aziendale di partecipazione o di altri organismi di rappresentanza del volontariato;
- f) riunioni della Conferenza e della Rappresentanza dei Sindaci del territorio dell'ASL CN1.

Per la formazione dei documenti di programmazione aziendale, la Direzione Generale si avvale del Collegio di Direzione.

Rapporti con le Organizzazioni sindacali

L'Azienda riconosce alle organizzazioni sindacali ed alle relative rappresentanze un ruolo di attore nelle tematiche di competenza, attivando le procedure di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione previste dalla normativa vigente.

Disciplina dei controlli interni

Il controllo interno è articolato nelle seguenti funzioni, svolte dagli organi, strutture ed uffici previsti dalla legge:

- a) la valutazione ed il controllo strategico;
- b) la valutazione ed il controllo della gestione;
- c) il controllo e la regolarità amministrativo-contabile;
- d) la valutazione del personale.

- **Valutazione e controllo strategico**

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. Tali funzioni sono esercitate dalla Direzione Generale,

conformemente alle linee guida di indirizzo regionali, con il supporto delle strutture organizzative che operano a livello centrale e del Collegio di Direzione.

- **Valutazione e controllo della gestione**

Il sistema in oggetto supporta la Direzione Generale nell'attività di valutazione dell'andamento della gestione dell'Azienda mediante l'utilizzo di strumenti gestionali quali il processo di budget e il sistema di reporting. In particolare, tramite il sistema di budget, partecipa alla declinazione degli obiettivi aziendali e, attraverso la produzione della reportistica, monitora l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali interventi correttivi in caso di criticità e/o scostamento dai programmi. Il sistema, inoltre, fornisce all'Organismo Indipendente di Valutazione gli elementi utili all'attività dello stesso.

- **Controllo regolarità amministrativa e contabile**

Il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile è esercitato dal Collegio Sindacale.

- **Valutazione del personale ed organismi di valutazione**

Il Sistema di Valutazione del personale rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona all'Azienda, in coerenza con il ruolo e gli obiettivi da perseguire. Il Sistema di Valutazione del personale è di fatto il terminale di altri meccanismi operativi, quali ad esempio, il Processo di budget, Audit e governo Clinico. La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri.

Alla valutazione dei risultati di gestione ed alla valutazione della performance individuale sono collegati il sistema premiante aziendale, nelle modalità e sulla base di principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, nonché il sistema degli incarichi dirigenziali. Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori, in modo coerente con quanto definito dal D. Lgs. 150/2009.

Per gli accertamenti delle disposizioni di cui all'articolo 1, commi da 56 a 65, della legge n.

662/1996 è istituita la funzione ispettiva, cui possono aggiungersi ulteriori funzioni ispettive mediante atto del Direttore Generale. Gli organismi aziendali preposti alla verifica e valutazione sono l'Organismo Indipendente di Valutazione e il Collegio tecnico.

- **Lo sviluppo delle competenze e la formazione**

Strettamente collegata al Sistema di Valutazione aziendale, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, crescita ed effettivo sviluppo delle competenze. L'attività di aggiornamento e formazione è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità, che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa. L'attuazione del sistema descritto è oggetto di specifica pianificazione aziendale. A tal fine l'Azienda si dota di un Piano Formativo Aziendale, sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali.

Disciplina della funzione Qualità

L'Azienda eroga le proprie prestazioni e servizi secondo modalità che promuovono la salute e il miglioramento della qualità ed assicurano la partecipazione della cittadinanza. La Direzione stabilisce l'organizzazione del sistema di gestione per la qualità, presidiandone le tre dimensioni: quella organizzativa, quella tecnico-professionale e quella relazionale, avendo presente la centralità del cittadino con i suoi bisogni e le sue aspettative. Allo scopo di garantire il miglioramento continuo del servizio, soprattutto orientato all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici, la Direzione aziendale, sulla base delle indicazioni derivanti dai dati di riesame del sistema gestione qualità, attua progetti di miglioramento che coinvolgano le strutture dell'Azienda; i progetti di miglioramento possono riguardare aspetti di carattere gestionale, organizzativo, clinico o tecnico.

- **La gestione per processi**

L'Azienda adotta criteri e tecniche di gestione orientati a garantire l'assunzione delle responsabilità dei dirigenti e dei dipendenti/collaboratori, non solo su basi puramente funzionali, bensì secondo logiche di gestione per processi.

- **La gestione della performance**

In attuazione delle linee di indirizzo regionali in materia, l'Azienda sviluppa, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance, con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle strutture operative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. L'Azienda adotta modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance.

- **La valutazione del rischio clinico**

L'Azienda, attraverso un organismo multidisciplinare appositamente costituito adotta gli strumenti operativi gestionali per ridurre ed evitare i rischi, attraverso anche un'individuazione tempestiva degli eventi indesiderati, e promuove la buona pratica clinica.

- **Gestione e sviluppo delle risorse umane**

L'Azienda promuove lo sviluppo del personale in sintonia con i principi di cui al D. Lgs.150/2009, così come esplicitati dalle disposizioni regionali in materia. L'Azienda favorisce il mantenimento, lo sviluppo e l'incremento delle conoscenze, delle competenze e della performance degli operatori della sanità attraverso lo strumento della formazione continua.

- **Gestione delle risorse tecnologiche, del sistema informativo e dei contratti di fornitura di beni e servizi**

L'azienda assicura:

- a) modalità organizzative e procedure di gestione delle risorse tecnologiche; il piano investimenti viene approvato secondo quanto definito dalla normativa vigente;
- b) un sistema informativo aziendale organizzato in modo coerente con le esigenze conoscitive e valutative dei vari livelli di governo aziendale;
- c) che l'attività contrattuale abbia luogo nel rispetto dei principi della programmazione annuale

degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, della coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di economicità, efficacia, imparzialità.

Previsione della regolamentazione interna

Sia i Regolamenti riguardanti materie che necessitano di una disciplina di carattere generale aventi valenza pubblicistica, sia quelli aventi valenza aziendale sono adottati con atto dal Direttore Generale. Le procedure ed i processi delle singole strutture sono invece definiti in specifiche istruzioni operative di Struttura, adottate dai singoli Dirigenti.

Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti

Al fine di assicurare servizi sanitari sempre più appropriati ai bisogni di salute della comunità, l'ASL CN1 vuole orientare la sua azione verso una prospettiva di vera partnership con i cittadini riconoscendone in pieno i diritti di informazione, ascolto, partecipazione e tutela. Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è dedicata la Carta dei servizi, con particolare riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento. Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di partecipazione, accesso e consenso informato con le modalità ed i limiti definiti dalla legge n. 241/1990, dal D. Lgs. n. 196/2003 e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie.

- **Ascolto e mediazione**

L'Azienda promuove un sistema di rilevazione del gradimento e soddisfazione del cittadino; attiva pertanto una rete di canali e strumenti per soddisfare le aspettative ed i bisogni dei cittadini. L'Azienda orienta il proprio sistema di ascolto al fine di garantire la mediazione, la conciliazione e la risoluzione stragiudiziale dei conflitti.

- **Rapporti istituzionali**

L'Azienda promuove e ricerca gli strumenti necessari per creare sinergie a livello territoriale con le istituzioni e con il mondo dell'imprenditoria locale. L'Azienda promuove interrelazioni con le Aziende sanitarie dell'area provinciale per adottare comportamenti comuni e linee

programmatiche unitarie anche al fine di soddisfare le esigenze dell'utenza.

4.2.2 Le risorse umane (dotazione, clima, performance, formazione)

La dimensione numerica

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'organizzazione aziendale e pertanto la Direzione Generale ha da sempre posto la massima attenzione sul "capitale umano" per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Dato l'attuale contesto socio-economico, sono state adottate le azioni necessarie al fine di rispettare il tetto di spesa del personale per l'anno 2016, al fine di ottemperare a quanto disposto dalla D.G.R. n. 36-1483 del 25/05/2015.

| DOTAZIONE ORGANICA | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|
| | 31/12/2011 | 31/12/2012 | 31/12/2013 | 31/12/2014 | 31/12/2015 | Scostam. % (2015-2014) |
| QUALIFICA | | | | | | |
| PERSONALE MEDICO | 584 | 581 | 573 | 566 | 576 | 1,77% |
| PERSONALE VETERINARIO | 116 | 114 | 114 | 110 | 107 | -2,73% |
| ODONT. E ALTRO PERS.LAUR. | 62 | 65 | 64 | 60 | 57 | -5,00% |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 1.606 | 1.599 | 1.570 | 1.544 | 1.558 | 0,94% |
| PERSONALE RIABILITATIVO | 222 | 224 | 219 | 213 | 222 | 4,23% |
| ALTRO PERSONALE SANITARIO | 197 | 194 | 191 | 190 | 195 | 2,63% |
| DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 12,50% |
| PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,00% |
| DIRIGENTI RUOLO TECNICO | 5 | 6 | 6 | 6 | 5 | -16,67% |
| PERSONALE TECNICO COMPARTO | 753 | 732 | 713 | 700 | 680 | -2,86% |
| PER.AMM.VO DIRIGENTI | 25 | 26 | 26 | 24 | 23 | -4,17% |
| PERSONALE AMM.VO COMPARTO | 550 | 543 | 531 | 521 | 502 | -3,65% |
| TOTALE AZIENDA | 4.130 | 4.093 | 4.016 | 3.943 | 3.935 | -0,19% |

| PRESENZE MEDIE EFFETTIVE | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|
| | 31/12/2011 | 31/12/2012 | 31/12/2013 | 31/12/2014 | 31/12/2015 | Scostam. % (2015-2014) |
| QUALIFICA | | | | | | |
| PERSONALE MEDICO | 561,49 | 559,52 | 542,89 | 545,79 | 552,30 | 1,19% |
| PERSONALE VETERINARIO | 112,49 | 110,59 | 110,79 | 106,79 | 105,79 | -0,94% |
| ODONT. E ALTRO PERS.LAUR. | 56,86 | 61,66 | 58,16 | 55,06 | 52,86 | -4,00% |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 1.403,50 | 1.407,24 | 1.372,19 | 1.343,05 | 1.367,43 | 1,81% |
| PERSONALE RIABILITATIVO | 174,65 | 179,95 | 179,55 | 174,71 | 178,35 | 2,08% |
| ALTRO PERSONALE SANITARIO | 175,34 | 178,88 | 173,74 | 168,74 | 175,58 | 4,05% |
| DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE | 7,70 | 7,7 | 7,7 | 6,70 | 7,70 | 14,93% |
| PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO | 2,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,00% |
| DIRIGENTI RUOLO TECNICO | 5,00 | 6,00 | 6,00 | 5,00 | 5,00 | 0,00% |
| PERSONALE TECNICO COMPARTO | 685,88 | 670,41 | 649,01 | 633,57 | 627,74 | -0,92% |
| PER.AMM.VO DIRIGENTI | 21,70 | 19,70 | 21,7 | 19,70 | 18,70 | -5,08% |
| PERSONALE AMM.VO COMPARTO | 483,20 | 477,79 | 468,76 | 463,37 | 447,34 | -3,46% |
| TOTALE AZIENDA | 3.689,81 | 3.680,43 | 3.591,49 | 3.523,50 | 3.539,79 | 0,46% |

La formazione

| La formazione del personale | | | | |
|-------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Anno 2012 | Anno 2013 | Anno 2014 | Anno 2015 |
| Totale Ore Formazione erogata | 4.865:45 | 3.685 | 5.741 | 6.178:45 |
| Totale Eventi | 211 | 202 | 260 | 244 |
| Totale Edizioni | 499 | 452 | 555 | 722 |
| Totale Partecipanti Effettivi | 13.907 | 11.287 | 10.461 | 12.394 |

Il clima interno e il benessere organizzativo

L'Osservatorio degli indicatori di stress lavoro-correlato nasce nel 2009 nell'ambito di un percorso regionale di formazione intervento aperto alle ASL/ASO e, in particolare, agli attori della salute sul lavoro – Medici Competenti, Psicologi, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Personale, Formazione, Area infermieristica, ecc... –, per avviare una collaborazione concretamente finalizzata alla promozione del benessere tra gli operatori della Sanità.

L'Osservatorio è gestito dalla Medicina del Lavoro in collaborazione con l'omonimo gruppo aziendale nominato nel 2009, deliberato nel 2011 e formalmente ridefinito nel mese di febbraio 2016 visto il sostanziale cambiamento apportato lo scorso anno alla procedura di elaborazione del dato. Nello specifico, dal 2015 è stata avviata una proficua collaborazione con il Servizio Sviluppo e Controllo Strategico dell'ASL CN1 che ha reso possibile il già annunciato miglioramento della validità e affidabilità degli indicatori di benessere e malessere organizzativo annualmente calcolati, in ottemperanza alla norma INAIL (2011). L'analisi è sempre svolta sulla base di alcune variabili socio demografiche quali: qualifica, struttura, età, anzianità di servizio, sesso degli operatori. Infine, da essa si ottiene una "mappa" che orienta il successivo livello di valutazione approfondita condotta con il questionario psicosociale e le interviste (individuali e di gruppo).

esempi di indicatori di benessere e malessere organizzativo

| | |
|---|---|
| richiesta di trasferimento interno del personale | <i>Numero di richieste di trasferimento interno / numero dipendenti x 100</i> |
| assenze dal lavoro / malattia | <i>Numero ore lavorative perse / Num. ore lavoro potenziali lavorabili da contratto x 100</i> |
| infortuni | <i>Numero di infortuni denunciati / numero dipendenti x 1.000</i> |

Di seguito una sintesi dell'elaborazione per "struttura" relativa al periodo 2014:

RICHIESTE DI TRASFERIMENTO INTERNO DEL PERSONALE

| SETTORE | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---|----------------------|-------------------|
| 1-TECNICO PATRIMONIALE LOGISTICO INFORMATICO E DI SUPPORTO SPP LEGALE | 311 | 1,93% |
| 2-PREVENZIONE | 386 | 4,15% |
| 3-TERRITORIO | 767 | 5,36% |
| 4-SOVRINTENDENZA SANITARIA DEI PRESIDI OSPEDALIERI | 2.339 | 5,64% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.803 | 5,13% |

| MACRO QUALIFICA | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---|----------------------|-------------------|
| 05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione | 396 | 4,04% |
| 06-Personale Tecnico Professionale | 295 | 1,36% |
| 07-Personale Infermieristico | 1.459 | 6,44% |
| 02-Direnti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.) | 679 | 1,47% |
| 09-Personale Amministrativo | 510 | 5,69% |
| 08-OSS / OTA | 393 | 10,69% |
| 01-Direnti Struttura Complessa Ruolo Sanitario | 36 | 0,00% |
| 03-Direnti o Dirigenti ruolo Amministrativo | 29 | 0,00% |
| 04-Direnti o Dirigenti ruolo Tecnico Professionale | 7 | 0,00% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.803 | 5,13% |

| RUOLO | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|----------------------|-------------------|
| 01-RUOLO SANITARIO | 2.571 | 4,67% |
| 02-RUOLO PROFESSIONALE | 8 | 0,00% |
| 03-RUOLO TECNICO | 694 | 6,63% |
| 04-RUOLO AMMINISTRATIVO | 531 | 5,46% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.803 | 5,13% |

| SESSO | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|---------------|--------------|
| F | 2.790 | 5,95% |
| M | 1.014 | 2,86% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.803 | 5,13% |

| FASCIA ANZIANITA' | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|---------------|--------------|
| a) < 1 anno | 30 | 13,33% |
| b) 1-5 anni | 397 | 8,31% |
| c) 6-10 anni | 447 | 9,17% |
| d) 11-20 anni | 1.077 | 5,66% |
| e) 21-30 anni | 1.320 | 3,33% |
| f) > 30 anni | 532 | 2,26% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.803 | 5,13% |

| FASCIA ETA' | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|---------------|--------------|
| b) 21-30 anni | 126 | 10,31% |
| c) 31-40 anni | 540 | 8,89% |
| d) 41-50 anni | 1.454 | 5,37% |
| e) > 50 anni | 1.684 | 3,33% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 3.803 | 5,13% |

ASSENZE DAL LAVORO PER MALATTIA

| SETTORE | N. ORE MALATTIA | INDICATORE |
|---|-----------------|--------------|
| 1-TECNICO PATRIMONIALE LOGISTICO INFORMATICO E DI SUPPORTO SPP LEGALE | 9522,806667 | 2,02% |
| 2-PREVENZIONE | 13101,615 | 2,17% |
| 3-TERRITORIO | 38962,41917 | 3,53% |
| 4-SOVRINTENDENZA SANITARIA DEI PRESIDII OSPEDALIERI | 105823,3217 | 3,05% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 167418,9 | 2,96% |

| MACRO QUALIFICA | N. ORE MALATTIA | INDICATORE |
|---|-----------------|--------------|
| 05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione | 14617,38333 | 2,70% |
| 06-Personale Tecnico Professionale | 16999 | 3,92% |
| 07-Personale Infermieristico | 67133,5 | 3,24% |
| 02-Direnti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.) | 18258,81667 | 1,53% |
| 09-Personale Amministrativo | 18903,81667 | 2,60% |
| 08-OSS / OTA | 29285,08333 | 5,25% |
| 01-Direnti Struttura Complessa Ruolo Sanitario | 661,2 | 1,02% |
| 03-Direnti o Direnti ruolo Amministrativo | 1506,9 | 3,00% |
| 04-Direnti o Direnti ruolo Tecnico Professionale | 53,2 | 0,40% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 167418,9 | 2,96% |

| RUOLO | N. ORE MALATTIA | INDICATORE |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| 01-RUOLO SANITARIO | 100686,1 | 2,60% |
| 02-RUOLO PROFESSIONALE | 43,31666667 | 0,32% |
| 03-RUOLO TECNICO | 46284,08333 | 4,62% |
| 04-RUOLO AMMINISTRATIVO | 20405,4 | 2,67% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 167418,9 | 2,96% |

| SESSO | N. ORE MALATTIA | INDICATORE |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| F | 136400,1333 | 3,43% |
| M | 31018,76667 | 1,86% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 167418,9 | 2,96% |

| FASCIA ANZIANITA' | N. ORE MALATTIA | INDICATORE |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| a) < 1 anno | 301,5166667 | 0,60% |
| b) 1-5 anni | 14026,78333 | 2,22% |
| c) 6-10 anni | 22458,78333 | 3,35% |
| d) 11-20 anni | 43613,73333 | 2,78% |
| e) 21-30 anni | 56654,96667 | 2,93% |
| f) > 30 anni | 30363,11667 | 3,82% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 167418,9 | 2,96% |

| FASCIA ETA' | N. ORE MALATTIA | INDICATORE |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| b) 21-30 anni | 4875,97 | 2,54% |
| c) 31-40 anni | 17713,23 | 2,21% |
| d) 41-50 anni | 56558,73 | 2,71% |
| e) > 50 anni | 88270,97 | 3,43% |
| TOTALE COMPLESSIVO | 167418,9 | 2,96% |

INFORTUNI

| SETTORE | N. INFORTUNI | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---|--------------|---------------|--------------|
| 1-TECNICO PATRIMONIALE LOGISTICO INFORMATICO E DI SUPPORTO SPP LEGALE | 7 | 311 | 22,51 |
| 2-PREVENZIONE | 4 | 386 | 10,37 |
| 3-TERRITORIO | 34 | 767 | 44,31 |
| 4-SOVRINTENDENZA SANITARIA DEI PRESIDI OSPEDALIERI | 159 | 2339 | 67,99 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 204 | 3.803 | 53,64 |

| MACRO QUALIFICA | N. INFORTUNI | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---|--------------|---------------|--------------|
| 05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione | 22 | 396 | 55,51 |
| 06-Personale Tecnico Professionale | 15 | 295 | 50,89 |
| 07-Personale Infermieristico | 101 | 1459 | 69,23 |
| 02-Direnti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.) | 31 | 679 | 45,66 |
| 09-Personale Amministrativo | 3 | 510 | 5,88 |
| 08-OSS / OTA | 31 | 393 | 78,88 |
| 01-Direnti Struttura Complessa Ruolo Sanitario | 0 | 36 | 0,00 |
| 03-Direnti o Dirigenti ruolo Amministrativo | 1 | 29 | 34,88 |
| 04-Direnti o Dirigenti ruolo Tecnico Professionale | 0 | 7 | 0,00 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 204 | 3.803 | 53,64 |

| RUOLO | N. INFORTUNI | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|--------------|---------------|--------------|
| 01-RUOLO SANITARIO | 154 | 2571 | 59,90 |
| 02-RUOLO PROFESSIONALE | 0 | 8 | 0,00 |
| 03-RUOLO TECNICO | 46 | 694 | 66,32 |
| 04-RUOLO AMMINISTRATIVO | 4 | 531 | 7,53 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 204 | 3.803 | 53,64 |

| SESSO | N. INFORTUNI | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|--------------|---------------|--------------|
| F | 154 | 2790 | 55,20 |
| M | 50 | 1014 | 49,33 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 204 | 3.803 | 53,64 |

| FASCIA ANZIANITA' | N. INFORTUNI | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|--------------|---------------|--------------|
| a) < 1 anno | 3 | 30 | 100,00 |
| b) 1-5 anni | 34 | 397 | 85,61 |
| c) 6-10 anni | 27 | 447 | 60,36 |
| d) 11-20 anni | 58 | 1.077 | 53,86 |
| e) 21-30 anni | 62 | 1320 | 46,97 |
| f) > 30 anni | 20 | 532 | 37,59 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 204 | 3.803 | 53,64 |

| FASCIA ETA' | N. INFORTUNI | N. DIPENDENTI | INDICATORE |
|---------------------------|--------------|---------------|--------------|
| b) 21-30 anni | 13 | 126 | 103,11 |
| c) 31-40 anni | 41 | 540 | 75,90 |
| d) 41-50 anni | 77 | 1454 | 52,98 |
| e) > 50 anni | 73 | 1684 | 43,36 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 204 | 3.803 | 53,64 |

4.2.3 Le risorse tecnologiche

Le apparecchiature biomedicali presenti nell'Azienda Sanitaria Locale CN1 sono quantificate in termini numerici in 7.780.

Con riferimento alle grandi attrezzature, risultano installati:

- n. 1 Sistema per angiografia digitale/emodinamica;
- n. 4 Diagnostica radiologica digitale;
- n. 2 Portatili per diagnostica digitale;
- n. 5 Tomografo computerizzato;
- n. 2 Tomografo a risonanza magnetica;
- n. 2 Mammografo digitale.

La spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature biomedicali relativa a contratti di manutenzione nel 2015 è stata di circa Euro 2.504.000, mentre la spesa sostenuta per interventi extra-contratto a chiamata nel 2015 è stata di circa Euro 1.141.000.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in:

- 2.800 postazioni lavoro (PC)
- 1.200 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- 280 server
- 344 fotocopiatrici
- 200 fax

4.2.4 Le risorse finanziarie

Anche nell'anno 2015 l'ASL CN1 ha proseguito il proprio percorso di riduzione delle spese, ottemperando alle indicazioni regionali.

Il valore dei contributi conto esercizio costituisce un importante parametro di riferimento per la Direzione Generale, in quanto concorre, insieme alle c.d. "entrate proprie", a delimitare il perimetro di spesa dell'Ente.

Nel dettaglio, di esercizio in esercizio:

- Il Consuntivo 2013 riporta costi in bilancio per euro 746.986.720. Con un valore di contributi conto esercizio pari ad euro 681.703.612, l'esercizio 2013 ha chiuso con il pareggio costi-ricavi.

- Il Consuntivo 2014, riporta costi in bilancio per euro 737.147.099 . Con un valore di contributi conto esercizio pari ad euro 675.732.200 la chiusura contabile presenta il pareggio costi-ricavi. Le disposizioni in merito agli investimenti c.d. autofinanziati di cui all'articolo 29 del D.lgs. 118/2011 hanno comportato un progressivo aumento del costo da storno dei contributi destinati all'investimento.

Tale costo ha presentato il seguente andamento:

| Consuntivo 2013 | Consuntivo 2014 | IV Trimestre 2015 | Variazione 2015-2014 |
|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1.017.534 | 2.272.887 | 4.400.165 | +2.127.278 |

Nell'anno 2015, inoltre, alcuni provvedimenti regionali hanno comportato un aumento dei costi rappresentati nel bilancio dell'ASL CN1, per complessivi 4,83 milioni.

Nello specifico:

- Aumento di costi di 2,21 milioni di euro per mancata applicazione sconti attività di laboratorio ASO (DD 178 del 23/3/2015 estesa a immunometria e sierologia e DGR 50-2484 del 23/11/2015);
- Aumento di costi per oltre 1,8 milioni per "trasferimento solo contabile" dei costi di 37+1 operatori dell'ASL CN2 e dell'ASO S. Croce e Carle del 118, a far data dell'1/1/2015. Tali risorse continuano a prestare la propria attività presso le sedi di appartenenza;
- Accantonamento di 0,311 milioni per attesa corresponsione primo acconto adeguamento indennizzi ai trasfusi legge 210/92 (partita di giro);
- Aumento attività di ricovero presso case di cura convenzionate, secondo l'accordo regionale, per 0,512 milioni di euro.

La situazione al IV trimestre 2015 presenta un totale di costi pari a euro 740.716.919; al netto dell'aggravio di costo di 4,83 milioni suddetto e del costo per storno contributi di 2,13 milioni, prosegue il trend di contenimento dei costi.

I contributi dell'anno 2015 non sono ancora stati assegnati in forma definitiva.

Con deliberazione n. 330 del 23/12/2015 l'ASL CN1 ha adottato il bilancio di previsione 2016 versione zero, in forma di provvisorio tecnico.

Fra gli allegati del bilancio di previsione figura il piano di efficientamento sanitario, che indica azioni di contenimento dei costi, con un risultato atteso, negli esercizi 2015 e 2016, di complessivi

4,008 milioni.

L'obiettivo regionale, di cui alla DGR 12-2021 del 05/08/2015, pagina 16, colonna G1 "Obiettivo efficientamento 2016", a progressiva riduzione del fondo di riequilibrio, è di 2,781 mila euro.

Si riporta, nel seguito, il prospetto riepilogativo delle azioni di efficientamento previste.

| | Tipo Manovra ** | Impatto sui Ricavi *** | Impatto sui Costi *** | Saldo Netto in migliaia di euro |
|---|-----------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| | | A | B | C=A-B |
| A. Obiettivo di efficientamento 2016 * | | | | 2,781 |
| B. Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi | | | | -1,400 |
| Dettaglio delle azioni individuate | | | | |
| 1 Spending Review Acquisti | R | 0 | 0,363 | -0,363 |
| 2 Spending Review Economato | R | 0 | 0,424 | -0,424 |
| 3 Spending Review CED | R | 0 | 0,160 | -0,160 |
| 4 Spending Review Patrimonio | R | 0 | 0,008 | -0,008 |
| 5 Spending Review DAP (Amos) | R | 0 | 0,345 | -0,345 |
| 6 Spending Review DAP Trasporti | D | 0 | 0,100 | -0,100 |
| C. Interventi di sistema | | | | -2,608 |
| Dettaglio delle azioni individuate | | | | |
| 7 Prepensionamenti pre-Fornero | R | 0 | 0,678 | -0,678 |
| 8 Attuazione DGR 13-2022 del 5 agosto 2015 Budget Ricoveri Case di Cura Convenzionate | R | 0 | 0,522 | -0,522 |
| 9 Attuazione DGR 13-2022 del 5 agosto 2015 Budget Ricoveri Case di Cura Convenzionate (mancata attivazione\utilizzo) | R | 0 | 0,275 | -0,275 |
| 10 Potenziamento distribuzione diretta alle RSA\RAF e alle Residenze Alberghiere. Ulteriori attività di sensibilizzazione dei medici di base. | R | 0 | -1,030 | -1,030 |
| 11 Cogenerazione Ospedale Mondovì | A | 0 | 0,095 | -0,095 |
| 12 Internalizzazione servizi Amos | A | 0 | 0 | 0 |
| 13 Recupero ticket da verifica esenzioni | R | 0,08 | 0 | -0,08 |
| 14 Attivazione del numero unico per le situazioni di non urgenza 116117 | A | 0,151 | 0,151 | 0 |
| 15 Attivazione del numero unico europeo 112 | A | 0 | 0 | 0 |
| D. Check (A+B+C) | | | | Risparmi per 4,008 milioni, a fronte di un obiettivo di 2,781. Saldo +1,227 (obiettivo superato) |

* nella colonna "Saldo Netto" indicare con segno negativo ed in €/mln l'importo riportato nella DGR 12-2021 del 05/08/2015 a pagina 16 in colonna G1 "Obiettivo efficientamento 2016".

** nella colonna Tipo Manovra indicare:

- R: per attività in essere da rafforzare/sviluppare

- **A:** per attività da avviare
- **D:** per attività in essere da depotenziare

*** nella colonna *Impatto sui Ricavi o Impatto sui Costi*, indicare la variazione economica in €/mln della manovra identificata rispetto al dato economico rilevato nel consuntivo 2014. Pertanto nella variazione economica, si precisa che è necessario tener conto dell'eventuale effetto di trascinamento delle manovre avviate nel corso del 2014 e 2015, e anche delle variabili esogene che influenzano tali andamenti quali tra i più evidenti l'inflazione e l'IVA.

5. Obiettivi Strategici

La strategia è la riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'ASL CN1 intende perseguirli. Pertanto il processo di redazione del Piano si inserisce nell'ambito del più complesso processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'ASL CN1.

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, mirate a garantire ai cittadini l'accessibilità alle prestazioni sanitarie, il potenziamento degli interventi di prevenzione e riabilitazione, il miglioramento della qualità di tutte le prestazioni erogate, la crescita dell'umanizzazione, la sicurezza ed il comfort dell'assistenza, la tutela del diritto all'informazione dell'utenza, lo stimolo e l'utilizzo nei servizi della solidarietà e della partecipazione, la promozione di atteggiamenti di fiducia e dell'immagine dell'ASL CN1.

A tal fine le risorse umane ed economiche vengono utilizzate secondo criteri di qualità ed appropriatezza, in un'ottica di governo clinico, che intende rendere ogni azione (clinica, assistenziale, organizzativa, economico-finanziaria e gestionale) coerente e finalizzata alla qualità dell'assistenza.

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

Dal punto di vista istituzionale, la Regione è l'interlocutore principale per l'ASL CN1, soprattutto perché il finanziamento è definito dall'Assessorato regionale, che orienta il governo economico

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

Nel caso dell'ASL CN1, gli attuali obiettivi del mandato triennale del Direttore Generale, definiti con la D.G.R. n. 38-1366 del 27/04/2015, sono distinguibili nelle seguenti categorie:

1. Obiettivi che richiedono l'adeguamento della Rete Ospedaliera, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità;
2. Obiettivi relativi allo sviluppo della rete relativa alle prestazioni ambulatoriali, secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale/territorio;
3. Obiettivi di riqualificazione territoriale, con particolare riferimento alla Continuità Assistenziale;
4. Obiettivi di equilibrio economico-finanziario, da perseguire attraverso il monitoraggio attivo del contenzioso e la progressiva riduzione nel triennio della quota di Fondo Sanitario Regionale assegnata a titolo di riequilibrio programmato;
5. Obiettivi relativi alla realizzazione e implementazione del Programma delle attività territoriali-districtuali (PAT);
6. Obiettivi relativi all'attuazione degli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali, essi sono definiti con apposita delibera dall'Assessorato regionale annualmente. Per l'anno 2015, il riferimento è alla D.G.R. n. 12-2021 del 05/08/2015, che individua ed assegna ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, ai fini del riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2015.

Nelle premesse, tale documento sottolinea che il sistema obiettivi 2015 si colloca all'interno di una cornice istituzionale che vede la Regione Piemonte impegnata nella realizzazione degli impegni previsti per l'ultimo anno di vigenza del Programma Operativo 2013-2015; in particolare, nell'ultimo anno la Regione ha deliberato una serie di atti programmatici, come previsto dal Programma Operativo e in coerenza con il Patto per la Salute 2014-2016, che rivedono la programmazione di alcune delle principali componenti del Sistema Sanitario Regionale, al fine di realizzare una sempre maggiore qualità del servizio a fronte di un più efficace e più efficiente utilizzo delle risorse.

Gli obiettivi strategici assegnati per l'anno 2015, in alcuni casi ripartiti in sub-obiettivi, sono suddivisi in 7 tipologie articolate come segue:

1. Adeguamento della rete ospedaliera, da perseguire attraverso la redazione del nuovo Atto Aziendale e la previsione di riduzione delle Strutture Complesse come previsto dalle DGR 1-600 del 2014 e 1-924 del 2015 e riqualificazione della rete territoriale che si concretizza attraverso il potenziamento dei Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura e la centralizzazione delle chiamate di Continuità Assistenziale;
2. Rete prestazioni ambulatoriali, che si concretizza attraverso il miglioramento dei tempi di attesa;
3. Equilibrio economico-finanziario, da perseguire attraverso la ricognizione del contenzioso per la gestione del fondo rischi e oneri ed il rientro del fondo di riequilibrio;
4. Empowerment, che si concretizza attraverso la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero della nostra Azienda (Presidi Ospedalieri di Mondovì e Savigliano), utilizzando la metodologia Agenas;
5. Trapianti, finalizzato all'incremento di donazioni di organi e tessuti;
6. Programma attività distrettuali, da attuare attraverso la definizione da parte dei Distretti del Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) che individua gli obiettivi da perseguire in coerenza con la programmazione regionale e in attuazione delle strategie aziendali, sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento;
7. Programma regionale prevenzione, inteso come rispetto degli standard regionali per la copertura da inviti e per la copertura da esami per ciascuno dei tre screening oncologici (tumore mammella, della cervice uterina e del colon retto).

Gli obiettivi sopra elencati sono stati recepiti nella strategia aziendale del 2015 e sono poi anche stati in parte recepiti negli obiettivi 2016, tenuto conto della loro importanza e per il proseguimento delle linee di programmazione avviate, in attesa della definizione regionale degli obiettivi 2016.

L'ASL CN1 ha quindi costruito il proprio sistema degli obiettivi di budget per l'anno 2016 alla luce sia delle indicazioni precedenti, sia della definizione della strategia aziendale da perseguire stabilita nel Piano delle Azioni.

5.1 Collegamento Piano della Performance, Piano della prevenzione della corruzione e Programma per la Trasparenza e l'Integrità

Il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce (al paragrafo B 1.1.4) che “l'efficacia del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione”. Alla luce di tale dettato normativo, anche con riferimento a quanto richiesto dalla delibera A.N.AC. 6/2013, l'ASL CN1 si propone di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e al contrasto della corruzione, in quanto risulta importante stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance, evitando un mero rinvio/richiamo ai documenti del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'ASL CN1.

La determinazione ANAC n. 12/2015 di aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione ha inoltre precisato che “Il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo”. In tale ottica, “particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della Performance sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti”. Da quanto sopra discende che la prevenzione ed il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la

promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell'ASL CN1 e che, conseguentemente e coerentemente, l'Azienda provvederà annualmente ad individuare, su motivata proposta formulata dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e dal Responsabile della Trasparenza anche sulla base delle eventuali criticità emerse all'esito del monitoraggio, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance nel duplice versante della performance organizzativa e della performance individuale.

In generale per gli adempimenti legati a queste tematiche, poi, l'Azienda rende evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e garantisce il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione esplicitando in questo documento gli obiettivi, indicatori target stabiliti annualmente e rendendo quindi trasparente e controllabile l'iter di ricerca della performance aziendale.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'O.I.V. certifica la presenza delle informazioni contenute nel Portale Amministrazione Trasparente secondo le modalità stabilite annualmente dall'A.N.AC. e attraverso le schede standard del Portale. La promozione di maggiori livelli di trasparenza, come sottolineato dal D. Lgs 33/2013 all'art. 10, costituisce un'area strategica di ogni amministrazione e pertanto deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. La trasparenza è pertanto funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability dell'Azienda in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa. Inoltre, l'integrare gli standard di qualità nel Piano della performance, oltre ad essere un impegno verso l'esterno, costituisce una responsabilità che è collegata alla valutazione organizzativa e individuale.

Una particolare attenzione viene quindi data dall'Azienda al valore della legalità ed alla valorizzazione dell'anticorruzione.

Il ciclo della performance "integrato" dell'ASL CN1 sancisce infatti l'importante ruolo che il Piano Triennale di prevenzione della corruzione ed il Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità rivestono, in quanto non costituiscono solo una parte rilevante dei programmi di attività dell'Azienda, ma ne consentono la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti (come richiesto anche dalla D.G.R. 25-6944 del 23/12/2013).

6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo nazionali e regionali. Le politiche e le strategie, definite nel Piano delle Azioni da attuare nel corso del 2016, vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget.

In particolare, tramite il sistema di budgeting, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è quindi realizzato tramite il processo di budget, descritto anche nel Ciclo della Performance nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale.

In particolare, per l'anno 2016, sin dal mese di Novembre 2015 si è messo in atto il processo di pianificazione che parte dalla definizione della strategia da parte della Direzione Generale, esplicitata innanzitutto attraverso il Piano delle azioni per la definizione del quale la Direzione Generale dell'Azienda si avvale del supporto delle Macrostrutture aziendali e del Collegio di Direzione. In tale Piano si definiscono, in specifiche aree di intervento, le azioni con il riferimento di quanto già eventualmente avviato e/o completato nell'anno 2015 e indicando gli intendimenti e le proposte di attività per l'anno 2016, individuando anche un soggetto Responsabile, con il compito di coordinarne lo sviluppo, di monitorarne l'andamento e, per quanto possibile, di definirne le caratteristiche e portarla avanti come obiettivo di budget 2016.

La bozza di schede è stata inoltre presentata al Collegio di Direzione nel mese di Dicembre, ed i componenti sono stati invitati ad avanzare ulteriori proposte che una volta accolte dalla Direzione Generale, sono state strutturate come obiettivi nel processo di budget 2016. La Direzione Generale ha stabilito di incontrare ogni 15 giorni i Direttori di Dipartimento e nelle prime settimane dell'anno 2016, tali riunioni sono state dedicate ad approfondire e concordare sia l'organizzazione del processo di budget sia la scelta dei progetti più strategici per l'anno.

Le aree su cui si svilupperanno le attività ricoprono diversi ambiti aziendali, dall'ottimizzazione degli spazi e la riduzione degli immobili in affitto all'attuazione della spending review nei servizi e negli acquisti, dall'appropriatezza nell'erogazione dei LEA (sia nell'ambito ospedaliero sia in quello

territoriale) all'attenzione alla specialistica ambulatoriale e ai tempi di attesa, dall'attuazione degli intendimenti della riorganizzazione prevista nell'atto aziendale alla realizzazione degli interventi indicati nel Programma di Attività Territoriali (PAT), dal miglioramento dei percorsi clinici per i pazienti agli interventi strutturali negli ospedali e nelle sedi dell'ASL.

Per ciascun obiettivo di budget la Direzione ha individuato un Dirigente, con la funzione sia di monitoraggio e coordinamento per l'andamento del progetto sia di riferimento per eventuali criticità nel corso dell'anno.

Si propone di seguito la tabella relativa alle fasce di strutturazione della performance organizzativa relativa agli obiettivi aziendali 2016, che definisce i criteri per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi:

| 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 fino a 99,99% | In misura corrispondente alla % di raggiungimento dell'obiettivo |
| Pienamente raggiunto | > o = 100% | 100% |

Nel corso del budget 2016, per semplificare la lettura delle schede di budget, il target è stato definito con il parametro "da pienamente raggiunto a sostanzialmente raggiunto". Al momento della verifica finale, sia da parte del Responsabile interno dell'obiettivo, sia per quanto riguarda la valutazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, sarà opportunamente graduato il raggiungimento, considerando il 100% - pienamente raggiunto nel caso in cui effettivamente l'obiettivo sia conseguito completamente (o addirittura il target sia stato ottimamente superato, se numerico), ed invece modulando nelle fasce del sostanzialmente raggiunto con le percentuali parametrizzate all'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo.

Il ragionamento sul raggiungimento della performance viene applicato per ciascun obiettivo, tenuto conto che i pesi degli obiettivi vengono definiti dalla Direzione Generale e sono specifici per categorie di strutture, tenuto conto che in ogni caso viene data particolare enfasi agli obiettivi di carattere economico, al rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ed alle dimensioni collegate ad obiettivi regionali.

Le soglie di accettabilità dell'obiettivo vengono definite da ciascun Responsabile dell'obiettivo e vengono poi traslate sulle schede di budget: per gli obiettivi di tipo quantitativo (es. monitoraggio dei costi) le soglie di accettabilità si riferiscono a valori, invece, per gli obiettivi di tipo qualitativo esse sono riferite a rispetto di scadenze, a completamento di attività, o comunque a criteri di accettabilità soggetti al giudizio finale del Responsabile dell'obiettivo.

Allo scopo di semplificare le attività sopra descritte (definizione degli obiettivi a cascata per le strutture, individuazione delle soglie di accettabilità), la S.C. Programmazione e Politiche di budget propone la compilazione della modulistica di strutturazione dell'obiettivo, che consente a ciascuno dei Responsabili degli obiettivi individuati dalla Direzione di descrivere gli obiettivi e conseguentemente di stabilire le soglie di accettabilità degli stessi.

Lo schema di tale modulistica, che si riporta di seguito, è scomponibile in due aree:

- Una parte descrittiva generale, in cui sono rappresentate le caratteristiche complessive dell'obiettivo, riconducendolo alla prospettiva ed alla dimensione di riferimento ed individuando il Responsabile che l'ha in carico;
- Una parte centrale, in cui sono dettagliati per ciascuna struttura a cui viene assegnato l'obiettivo (o per gruppi di strutture omogenee) l'applicazione diretta dell'obiettivo, con il conseguente indicatore con cui verrà misurato ed i livelli di target per la verifica del raggiungimento.

SCHEDA OBIETTIVI DI BUDGET 2016

| | |
|--------------------------------|----------------|
| ID OBIETTIVO: | TITOLO: |
| RESPONSABILE OBIETTIVO: | |
| DESCRIZIONE GENERALE: | |

| STRUTTURE a cui assegnare l'obiettivo | DETTAGLIO OBIETTIVO/INDICATORE per le strutture assegnatarie | VALORE OBIETTIVO/TARGET per le strutture assegnatarie | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | Non raggiunto (<50%) | |
| | | Parzialmente raggiunto (>50% fino 80%) | |
| | | Da sostanzialmente raggiunto(>80%) a pienamente (100%) | |
| | | | |
| | | Non raggiunto (<50%) | |
| | | Parzialmente raggiunto (>50% fino 80%) | |
| | | Da sostanzialmente raggiunto(>80%) a pienamente (100%) | |
| | | | |
| | | Non raggiunto (<50%) | |
| | | Parzialmente raggiunto (>50% fino 80%) | |
| | | Da sostanzialmente raggiunto(>80%) a pienamente (100%) | |
| | | | |
| | | Non raggiunto (<50%) | |
| | | Parzialmente raggiunto (>50% fino 80%) | |
| | | Da sostanzialmente raggiunto(>80%) a pienamente (100%) | |
| | | | |
| | | Non raggiunto (<50%) | |
| | | Parzialmente raggiunto (>50% fino 80%) | |
| | | Da sostanzialmente raggiunto(>80%) a pienamente (100%) | |
| | | | |
| | | Non raggiunto (<50%) | |
| | | Parzialmente raggiunto (>50% fino 80%) | |
| | | Da sostanzialmente raggiunto(>80%) a pienamente (100%) | |
| | | | |

Con questo schema si costruiscono le schede di budget che quindi contengono tutti gli obiettivi strategici adottati dalla Direzione.

Sulle schede di budget si prevede inoltre la dicitura "Agli obiettivi della scheda di budget, che discendono dalla strategia aziendale, potranno essere aggiunti eventuali obiettivi imposti

dall'Assessorato regionale”.

Dopo la costruzione delle schede di budget, vengono quindi avviati con i Responsabili di Struttura gli incontri con i Dipartimenti aziendali (previsti dall'attuale organigramma aziendale) alla presenza della Direzione Generale, del Direttore del Dipartimento, della S.C. Programmazione e Politiche di budget, della S.S.A. Sviluppo e Controllo strategico, della S.C. Amministrativa di riferimento, del Responsabile del Direzione delle Professioni Sanitarie e Coordinamento Servizio Sociale Aziendale (DiPsa), del Coordinatore di dipartimento e dei Coordinatori del comparto di ciascuna Struttura.

Stante l'attuale fase di riorganizzazione aziendale, la Direzione ha stabilito di dedicare gli appuntamenti di budget ad ogni Responsabile che, secondo le modalità sopra indicate, ha avuto la possibilità di discutere gli obiettivi con la Direzione Generale.

In tali riunioni si consegnano al Direttore di Dipartimento ed alle strutture del Dipartimento le schede di budget, corredate dalle schede operative (es. schede di dettaglio della contabilità analitica...), si illustrano gli obiettivi. Al termine della riunione la scheda di budget viene firmata o comunque definita nei suoi contenuti e quindi firmata.

Delle riunioni di negoziazione viene redatto apposito verbale che viene tenuto agli atti della S.C. Programmazione e Politiche di budget e poi viene inviato alle Rappresentanze sindacali, insieme alle schede di budget sottoscritte.

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza con la Politica della Qualità.

In corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati.

A fine anno l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati. La realizzazione degli obiettivi deve infatti essere verificata mediante il confronto dei risultati ottenuti con indicatori e il target; in sostanza il rispetto degli obiettivi affidati richiede un processo di verifica che deve tener conto delle indicazioni presenti nello standard della scheda sottoscritta.

Il processo di budget prevede naturalmente, oltre al monitoraggio periodico circa l'andamento infra-annuale degli obiettivi assegnati operato attraverso l'invio di report di attività, di consuntivi

economici, dei tempi d'attesa ai Direttori di struttura e al riesame in sede di comitato di Dipartimento e di Collegio di Direzione, anche una valutazione complessiva della performance dei singoli centri di responsabilità, alla quale è agganciato il sistema premiante (per la retribuzione di risultato e la valorizzazione della posizione: il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati non consente l'erogazione della retribuzione di risultato e può costituire elemento di valutazione negativa, fino alla revoca dell'incarico dirigenziale).

Tale valutazione ha lo scopo di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici declinati per ciascun centro di responsabilità, così esplicitati per consentire la realizzazione degli obiettivi definiti e condivisi nella strategia aziendale.

Il processo di budget rappresenta quindi uno strumento gestionale di supporto alla Direzione Generale per l'attività di valutazione dell'andamento della gestione aziendale nonché un meccanismo operativo del Sistema di Valutazione del personale, attraverso il quale l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona, in coerenza con il ruolo e gli obiettivi da perseguire.

E' da sottolineare come tale processo si collochi all'interno in una prospettiva di Corporate Governance, attraverso la quale l'ASL CN1, nel perseguire l'obiettivo di una corretta gestione delle risorse e dei servizi e considerato il carattere non esaustivo delle norme in materia emanate dagli organismi di regolazione (Stato, Regione, ecc...), individua la necessità di sviluppare dei sistemi e dei meccanismi aziendali al fine di definire con chiarezza gli ambiti di responsabilità dei diversi ambiti aziendali e le modalità di verifica dei risultati raggiunti.

6.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Per l'anno 2016, la Direzione Generale dell'ASL CN1 ha stabilito di definire le schede di budget su tre distinti livelli: una scheda per il Direttore di Dipartimento (come gli anni scorsi), una scheda per il Direttore della Struttura ed una scheda per il personale (dirigenza e comparto) assegnato alla Struttura. Questa impostazione rappresenta una novità nella nostra Azienda in quanto gli anni scorsi vi era un'unica scheda per la Struttura e pertanto non vi era distinzione tra obiettivi assegnati al Direttore della Struttura ed obiettivi assegnati al personale dipendente.

Alla luce di questa nuova impostazione consegue la logica di assegnazione degli obiettivi di budget: gli obiettivi che risiedono sulle schede del Direttore della Struttura sono più tipicamente

direzionali, hanno un contenuto più di decisione e di avvio dei processi; le schede delle Strutture contengono obiettivi più di tipo applicativo ed operativo, pur avendo una forte connotazione anche gestionale. E' possibile che un obiettivo sia presente solo sulla scheda del Direttore della Struttura o solo sulla scheda della Struttura o su entrambe con lo stesso contenuto o su entrambe con un contenuto leggermente differente, che le caratterizza secondo la distinzione dei ruoli.

Naturalmente, alle diverse tipologie di schede corrisponderanno le quote economiche degli incentivi che pertanto saranno costituite da una parte in qualità di direttore di struttura ed una parte in qualità di dirigente della struttura stessa (quindi anche gli obiettivi della struttura sono riferibili al direttore della struttura stessa, come dirigente). E' poi presente la quota per i dirigenti medici della struttura che va scomposta tra tutti i dirigenti come di consueto con le SVI (per maggiori informazioni sul funzionamento del sistema di incentivazione applicato nella nostra Azienda, vedere il cap. 3 del documento "Sistema di Misurazione e Valutazione della performance dell'ASL CN1", adottato con delibera n. 492 del 23/12/2014 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda).

Per quanto riguarda gli obiettivi di budget presenti sulla scheda del Direttore di Dipartimento, nel corso delle riunioni periodiche che nel mese di Gennaio 2016 la Direzione ha avviato con i Direttori di Dipartimento, sono stati stabiliti tre obiettivi standard:

- la collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi che l'Assessorato Regionale assegna annualmente al Direttore Generale;
- la certificazione della diffusione degli obiettivi nelle Strutture afferenti al Dipartimento;
- l'adozione del regolamento di Dipartimento.

Inoltre, due di questi obiettivi sono stati riportati sulle schede dei Direttori di Struttura:

- la collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi che l'Assessorato Regionale assegna annualmente al Direttore Generale;
- la diffusione degli obiettivi a tutti i dipendenti assegnati alla Struttura.

A livello generale, gli obiettivi inseriti nelle schede di budget, come si è detto nel capitolo precedente, discendono da molte delle azioni contenute nel Piano delle Azioni ed esplicitate nell'Albero della Performance, dalle proposte avanzate dai Direttori di Dipartimento e da obiettivi di attività. Infatti, quest'anno, sulle schede delle strutture ospedaliere è presente un obiettivo che fa riferimento alla scheda cosiddetta "Risorse e attività" (il modello della scheda è rappresentato

nell'allegato al presente documento) che è una scheda costruita con i classici indicatori di attività (posti letto, degenza media, occupazione posti letto, DRG LEA...) ed inoltre contiene la quota di costi che deve essere monitorata dalla Struttura (fondamentalmente i farmaci, i beni sanitari ed altri costi di consumo). Questo obiettivo è molto importante per la Direzione Generale ed è stato deciso che vale il 50% del peso degli obiettivi della Struttura.

7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Socio Sanitario Regionale, documento che esplicita le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività regionale.

In coerenza con tale Piano vengono individuati dalla Regione, ed assegnati alla Direzione Generale d'Azienda, gli obiettivi annuali.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della performance, integrato ed aggiornato annualmente.

Le strategie sono quindi declinate in obiettivi strategici ed obiettivi operativi; tali obiettivi e i relativi indicatori e standard, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione, ai dirigenti ed al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità.

Altro documento strategico che fornisce input al processo di predisposizione del Piano della performance è Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 (PTPC) e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) dell'ASL CN1, adottato con deliberazione n. 24 del 28/01/2016. Con l'adozione del PTPC, l'Amministrazione intende perseguire un duplice ordine di finalità: in primo luogo, contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla normativa in materia, il fenomeno dell'illegalità; in secondo luogo, ma

non per ordine di importanza, creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

Il Piano della performance, deliberato dal Direttore Generale, verrà pubblicato e pubblicizzato entro il 31/03/2016. In realtà, l'approvazione formale del Piano rappresenta la conclusione di un percorso che si è articolato nei seguenti passi logici:

- definizione della programmazione triennale;
- individuazione delle aree strategiche individuate nel Piano delle Azioni e tradotte in obiettivi specifici per il 2016;
- verifica delle risorse economiche assegnate;
- negoziazione degli obiettivi specifici con i Direttori di Dipartimento, di SC/SSD/SS/SSA, coniugando un approccio top-down con una logica bottom-up.

L'adozione del Piano costituisce un punto di partenza e non di arrivo, dal momento che la Direzione Generale, individuati gli obiettivi e formalizzati gli impegni, intende realizzare non soltanto un controllo susseguente, ma anche e soprattutto quello concomitante alla gestione: a tale scopo saranno effettuate verifiche parziali ed a consuntivo sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuati.

7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1 e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs 150/2009, come ribadito dalla delibera n. 6 del 17/01/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.), la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale. Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e

le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economico-finanziaria e di pianificazione delle performance;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal servizio di Bilancio e Contabilità alla struttura di Sviluppo e Controllo Strategico, all'Organismo Indipendente di Valutazione e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primi il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.

L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nella seconda metà dell'anno precedente quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 31 dicembre, salvo diverse disposizioni regionali.

In particolare, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale. Viene inoltre redatta una relazione accompagnatoria che motivi gli scostamenti più rilevanti sui costi e sulla produzione rispetto all'esercizio precedente alla luce delle scelte strategiche aziendali. Considerato che l'equilibrio economico-finanziario è un pre-requisito per l'accesso della Direzione Generale alla corresponsione della quota incentivante ai sensi della normativa regionale e nazionale, nell'ambito della relazione socio-sanitaria aziendale annuale (l.r. 18/2007 art. 17) è previsto un capitolo che documenta i risultati di bilancio ottenuti commendandoli con riferimento alle azioni strategiche avviate.

7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance

Il Piano della performance, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica

di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano verrà comunque revisionato in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali, di eventuali disposizioni sul nuovo assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Regionali, nonché degli obiettivi emersi anche a seguito del confronto con tutti gli stakeholder.

8. Allegati tecnici

Costituiscono allegati tecnici del Piano della performance:

- Organigramma ASL CN1 (grafico) – Allegato B1;
- Piano delle Azioni della Direzione Generale Anno 2016 – Allegato 2;
- Scheda Risorse e Attività Anno 2016;
- Schede di Budget Anno 2016.