



PIANO DELLA PERFORMANCE ASL CN1

anni 2017-2019

Aggiornamento anno 2019

SOMMARIO

1. Presentazione del Piano della Performance	3
1.1 Premessa	3
1.3 Contenuti	7
1.4 Principi generali	7
2. La presentazione dell’Azienda	9
2.1 Chi siamo	9
2.2 Cosa facciamo	15
2.3 Come operiamo	15
2.4 L’ASL CN1 “in cifre”	16
2.4.1 Personale Dipendente	16
2.4.2 Presidio Ospedaliero	19
2.4.3 Attività Territoriale	25
2.4.4 Attività di Prevenzione	32
2.5 Analisi del contesto esterno	36
2.5.1 Contesto socio-economico	36
2.5.2 Contesto demografico	40
2.6.1 Il modello organizzativo	51
2.6.2 Le risorse umane (dotazione, clima, performance, formazione)	55
2.6.3 Le risorse finanziarie	67
3. Obiettivi Strategici	68
3.1 Albero della performance	68
3.2 Collegamento Piano della Performance, Piano della prevenzione della corruzione e Programmazione della Trasparenza (contenuta in una sezione del PTPCT 2018-2020)	78
4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	82
4.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	85
5. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	88
5.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	88
5.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	89
5.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance	90

“Essere come il fiume che scorre silenzioso nella notte, senza temere le tenebre. Se ci sono stelle nel cielo, rifletterle. E se i cieli si riempiono di nubi, così come il fiume, le nubi sono d’acqua; riflettere anch’esse, senza timore, nelle tranquille profondità”

Paulo Coelho

1. Presentazione del Piano della Performance

1.1 Premessa

Con il 2017 si è dato inizio al secondo triennio di produzione del Piano della Performance, come strumento di programmazione e di trasparenza aziendale. Con il 2019 si apre il primo anno di programmazione a cura della nuova Direzione Generale, che si è insediata nell’estate scorsa e che ha avviato una profonda riflessione sul più ampio coinvolgimento dei professionisti nella strategia aziendale, sia del Collegio di Direzione (in linea con i recenti indirizzi regionali) sia anche di tutti i Responsabili delle strutture aziendali.

Il leitmotiv nella logica della produzione di valore, inteso come miglioramento continuo nel tempo, è la trasparenza verso gli interlocutori interni ed esterni: avere un piano strategico è un segnale di un’azienda che ha un patto con l’ambiente che la circonda ed i propri professionisti.

E dalla trasparenza consegue una maggiore responsabilizzazione.

Il presente Piano della Performance è l’aggiornamento annuale del documento di programmazione triennale della performance effettuato con il Piano della Performance 2017-2019.

Anche in questa edizione il Piano della Performance 2019 prosegue nell’iter di quanto già avviato gli anni scorsi per presentare la programmazione annuale, illustrando il quadro degli obiettivi e delle attività che la nostra ASL intende perseguire nell’anno che si avvia, 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.

L’elaborazione del Piano della Performance dà come sempre l’avvio al Ciclo di gestione della Performance e si integra con tutti gli altri strumenti aziendali di pianificazione, programmazione e valutazione, primo tra tutti il budget, e con i documenti conseguenti, quali innanzitutto il consuntivo della programmazione, descritto nella Relazione sulla Performance dell’anno 2017 che è stata approvata con deliberazione n. 219 del 21/06/2018, e la verifica infrannuale degli obiettivi di budget 2018, che costituisce la base di analisi del punto di arrivo rispetto al budget 2018 (in questi mesi, inoltre, si sta avviando la valutazione finale del ciclo della performance 2018) e che è stata condivisa

con l'Organismo Indipendente di Valutazione sia in riunioni sia con i documenti prodotti; l'insieme dei contenuti è strettamente correlato con la programmazione regionale espressa nelle delibere e prevede sin da ora gli adempimenti che la Regione porrà in essere nel corso dell'anno; dal punto di vista organizzativo è coerente con la nuova organizzazione aziendale prevista nell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 259 del 10/11/2015 e s.m.i., di cui si cita in particolare l'aggiornamento 2017 nella deliberazione n. 346 del 05/10/2017; soprattutto è intrinseco il legame con il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2019-2021 (P.T.P.C.T.) che include, sottoforma di apposita sezione, la "Programmazione della Trasparenza"; tale Piano viene adottato dall'ASL CN1 con la stessa scadenza del presente documento, ovvero, entro il 31.01.2019. Il legame tra i due documenti viene in particolare rafforzato sia dalla scelta di produrre i due Piani con la stessa scadenza, sia di introdurli entrambi con la stessa presentazione dei dati descrittivi dell'Azienda.

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 annualmente dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs 150/2009 e modificato dal D.Lgs. 74/2017: 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 governo di un'Azienda deve garantire la quantità e la qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l'Azienda stessa opera e delle necessità di monitorare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento. L'Azienda Sanitaria per propria natura è un sistema molto vasto e con livelli di organizzazione molto complessi; il management, al fine di attuare la funzione di governo che gli è propria, deve porsi nelle condizioni di gestire questa complessità, dotandosi di strumenti e criteri che gli consentano di migliorare l'efficacia e l'efficienza e di valutare i risultati complessivi, non solo in termini di equilibrio economico-finanziario dell'Azienda, ma anche in termini di coerenza tra le risorse impiegate e risultati conseguiti a tutela della salute.

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.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 150/2009, modificato dall'art. 8 del D.Lgs 74/2017), 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, in attesa delle disposizioni specifiche del Dipartimento della Funzione Pubblica e della Regione Piemonte, 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 D. Lgs. 97/2016 ed il Decreto Ministeriale 02.12.2016; inoltre, si sono utilizzate le linee guida predisposte dall’Ufficio per la Valutazione della performance del Dipartimento della Funzione Pubblica per i Ministeri, che contengono spunti di riflessione molto interessanti.

Il Piano della Performance avvia il processo definito nel ciclo della performance, descritto nel Sistema di Misurazione e Valutazione (SMVP) dell’ASL CN1, che l’Azienda ha adottato con delibera n. 492 del 23/12/2014, 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. Con delibera n. 456 del 18/12/2017 l’Azienda ha deciso di mantenere vigente per le parti che non sono in contrasto con la nuova normativa definita dal D.Lgs 74/2017. Con delibera n. 443 del 19/12/2018 è stato adottato l’aggiornamento annuale del (SMVP) come stabilito dall’art. 7 del D.Lgs 74/2017.

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.

1.3 Contenuti

Il Piano della performance (art. 5, comma 1 e art. 10, comma 1 del D.Lgs 150/2009 e s.m.i.), 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 generali e specifici; 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 e il ciclo della performance hanno lo scopo di diventare strumenti per

- supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti ed indiretti, con la creazione del cosiddetto "valore pubblico"
- migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi ed il comportamento dei singoli
- comunicare anche all'esterno ("accountability") ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

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 e ss.mm.ii. ed alle indicazioni fornite dalla Civit con deliberazione 112/2010, si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

Principio della Trasparenza

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, 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 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. La presentazione dell’Azienda

All’interno di questa sezione, si illustra in maniera sintetica Chi siamo, Cosa facciamo e Come operiamo. Quindi vengono rappresentati sinteticamente i progetti e le attività erogate, e, per la rappresentazione del grado di assorbimento di risorse connesse con le attività, la dotazione di personale, la rappresentazione dei dati di bilancio e di attrezzature; infine, si contestualizza l’Azienda anche nel mondo sociale, epidemiologico ed economico che la caratterizza.

Questo capitolo esplicativo è scritto in comune con il P.T.P.C.T. in quanto, coerentemente rappresenta il quadro in cui si sviluppano le politiche per la prevenzione della corruzione, per la promozione della trasparenza e per la realizzazione della miglior performance aziendale.

La definizione dell’identità dell’organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano e si compone 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.

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.

Coerentemente con gli indirizzi definiti dalla 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”, l’Azienda ha definito nel corso degli ultimi due anni il proprio Atto Aziendale, riadottandolo, infine, nella nuova versione completa con delibera n. 346 del 05/10/2017.

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

L’Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida: il rispetto della persona, la sua centralità e la priorità dei suoi bisogni; l’equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell’Azienda; l’etica professionale e la qualità clinico-professionale; l’appropriatezza delle prestazioni; l’orientamento all’innovazione per allineare l’azione aziendale all’evoluzione 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.

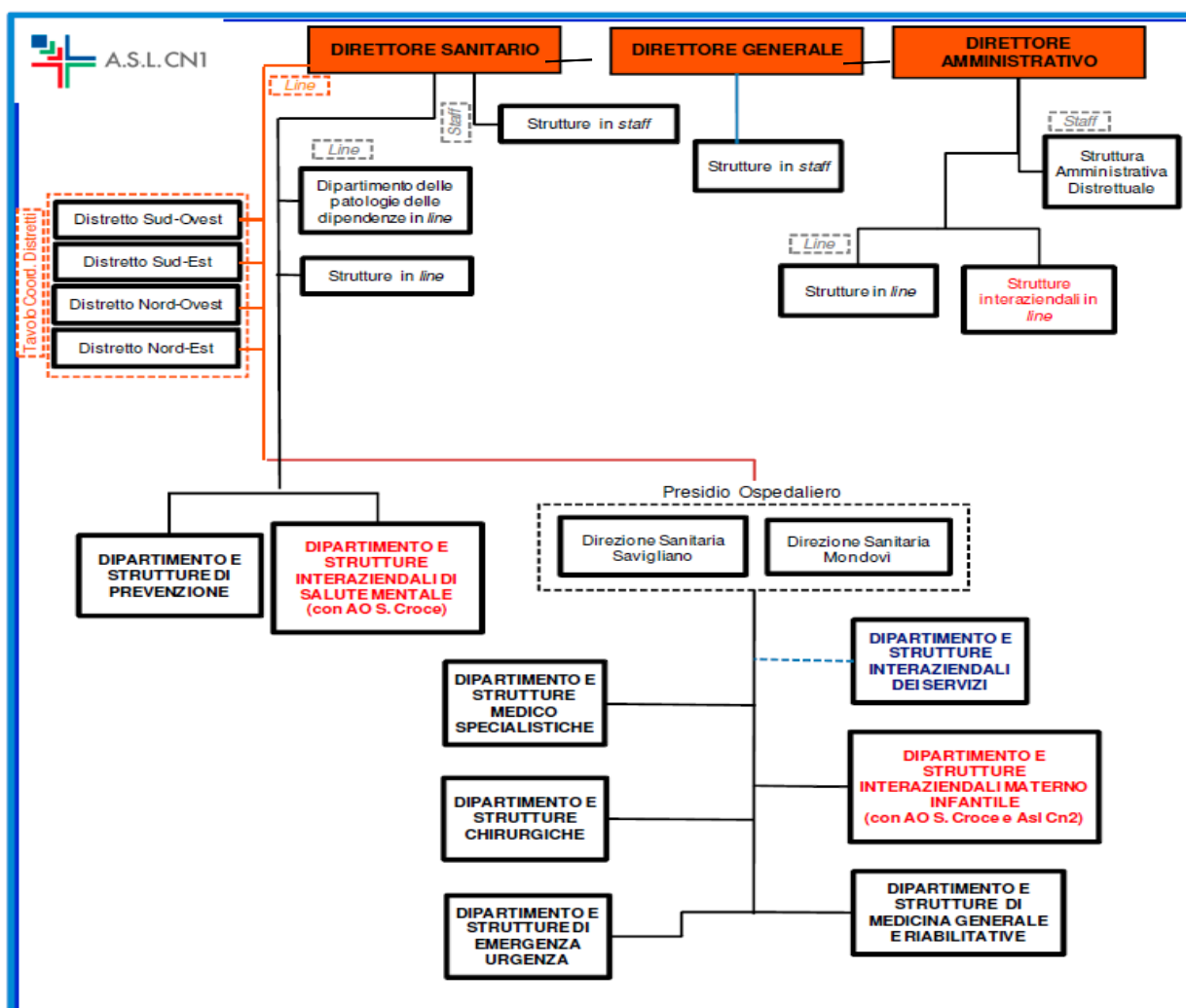
L’ASL CN1 adotta criteri e tecniche di gestione orientati a garantire l’assunzione delle responsabilità dei dirigenti e dei dipendenti/collaboratori, non solo su basi puramente funzionali, bensì secondo logiche di gestione per processi.

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. Allo scopo di garantire il miglioramento continuo del servizio, soprattutto orientato all’ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici, la Direzione, sulla base delle indicazioni derivanti dai dati del sistema di gestione della qualità, attua progetti di miglioramento che possono riguardare aspetti di carattere gestionale, organizzativo, clinico o tecnico.

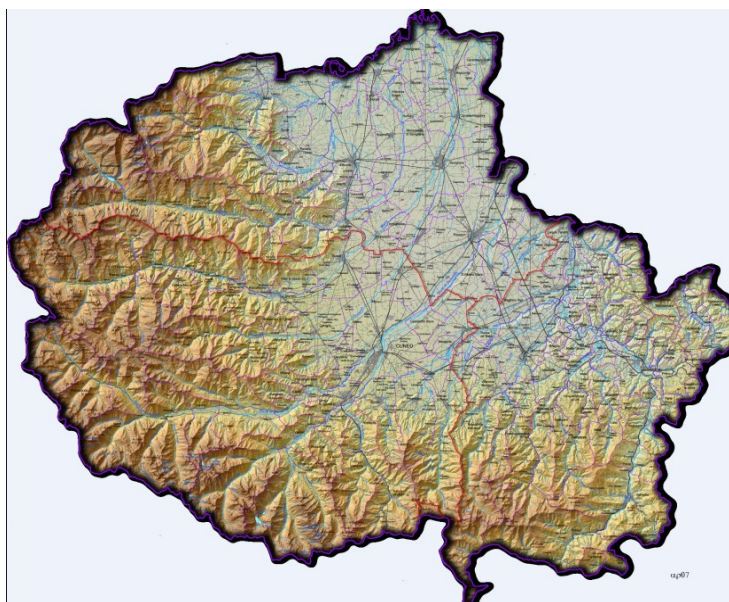
L’Azienda ricerca sinergie con la rete degli altri soggetti pubblici, Enti locali, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di categoria, finalizzate all’attivazione di progettualità idonee a migliorare la qualità dei servizi sul proprio territorio, la continuità dell’assistenza, la presa in carico

degli utenti, per orientarli e coinvolgerli nelle scelte del proprio percorso di cura, sostenendone la libertà di scelta. L'ASL CN1 promuove e ricerca gli strumenti necessari per creare sinergie a livello territoriale con le istituzioni e con il mondo dell'imprenditoria locale. E' inoltre posta attenzione a modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni. Anche la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali. 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. Al fine di assicurare servizi sanitari il più possibile 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.

L'organigramma che segue rappresenta, senza scendere ad un livello di unità organizzative elementari, l'attuale assetto organizzativo, di cui all'Atto Aziendale (per approfondimenti sull'organizzazione aziendale si rimanda alla sezione del sito in Amministrazione Trasparente <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/organizzazione/articolazione-degli-uffici/>):

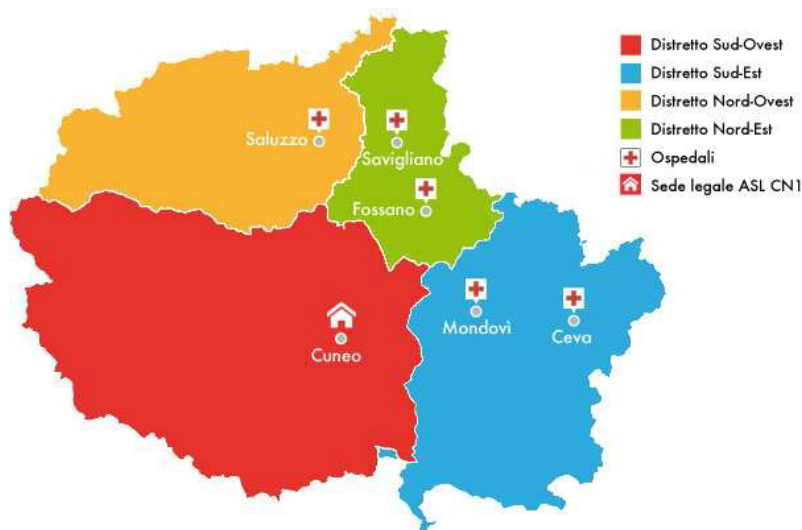


L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km²; il territorio di riferimento ricomprende 175 Comuni. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%).



L'ASL CN1, dal punto di vista dell'organizzazione territoriale, è distribuita in Distretti.

Il Distretto è un'articolazione territoriale cui è attribuita autonomia organizzativa e gestionale, nei limiti previsti dall'Atto Aziendale e nel rispetto della normativa vigente. L'ASL CN1 è suddivisa, secondo la nuova articolazione 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.



Di seguito si illustrano i nuovi Distretti con il dettaglio dei Comuni di afferenza.

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, Monterosso 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, Gambaasca, Isasca, Lagnasco, Manta, Martiniana Po, Melle, Moretta, Oncino, Ostanà, Paesana, Pagno, Piasco, Polonghera, Pontechianale, Revello, Rifreddo, 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.

Il numero di abitanti residenti al 31 dicembre 2017 è 417.287, con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (72 residenti per Km²).

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 31/12/2017, precisando che a fronte di un decremento della popolazione sia dell'ASL sia della Regione Piemonte la proporzione tra femmine e maschi è rimasta invariata.

SESSO	ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
<i>Femmine</i>	210.941 (51%)	298.500 (51%)	2.252.255 (51%)	31.056.366 (51%)
<i>Maschi</i>	206.346 (49%)	290.059 (49%)	2.123.610 (49%)	29.427.607 (49%)
TOTALE	417.287	588.559	4.375.865	60.483.973

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat, Bilancio demografico

I Distretti assicurano l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati dall'art. 3-quinquies del D. Lgs. 502/1992, come modificato dal D. Lgs. 229/1999, che si concretizzano anche attraverso la funzione svolta dalla Medicina Generale e dalla Pediatria di Libera Scelta.

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.

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.

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.

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 fabbisogni e della domanda, la produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero; il coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi nella realizzazione della mission, attraverso la condivisione delle responsabilità e il correlato ricorso alla delega, nel rispetto della compatibilità tra le risorse disponibili e il costo dei servizi offerti e dal principio di legalità.

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

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

libertà di scelta.

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

2.4 L'ASL CN1 "in cifre"

In questo paragrafo viene riassunta una presentazione dell'ASL CN1 attraverso la pubblicazione di alcuni dati sintetici, con l'intento di condensare "in cifre" la complessità dei servizi offerti ai cittadini/utenti per ciascun livello di assistenza: ospedale, territorio e prevenzione.

Si ricorda, come si è detto, che per mantenere la coerenza con gli altri documenti, i dati rappresentati nel presente Piano sono costruiti con il medesimo riferimento temporale di quelli riportati nel Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (P.T.P.C.T.) che include, sottoforma di apposita sezione, la "Programmazione della Trasparenza"; in molti casi vengono confrontati con gli anni precedenti ed il consuntivo 2018 viene costruito dai dati parziali attualmente disponibili, in proiezione: come di consueto, nella Relazione sulla Performance anno 2018 saranno aggiornati i dati relativi al consuntivo completo dell'anno 2018.

2.4.1 Personale Dipendente

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 per la spesa del personale, relativo al 2018, fissato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017.

In attuazione del D.M. 8 maggio 2018, per il triennio 2018-2019-2020 questa Azienda ha predisposto il Piano triennale di fabbisogno del personale, secondo le indicazioni e la tempistica prevista nelle Linee di indirizzo di cui alla Determinazione del Direttore regionale sanità n. 516 del 01/08/2018 e approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. 40 – 7703 del 12.10.2018.

Con deliberazione aziendale n.387 del 22.11.2018 è stato adottato il suindicato Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) dell'A.S.L. CN1 Triennio 2018-2020.

DOTAZIONE ORGANICA			
	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018
QUALIFICA			
PERSONALE MEDICO	568	577	570
PERSONALE VETERINARIO	106	105	104
ODONT.E ALTRO PER.LAUR.	56	55	56
PERSONALE INFERMIERISTICO	1554	1600	1603
PERSONALE RIABILITATIVO	222	2252	228
ALTRO PERSONALE SANITARIO	188	186	187
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	9	9	8
PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO	1	1	1
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	5	5	5
PERSONALE TECNICO COMPARTO	669	655	642
PERSONALE AMM.VO DIRIGENTI	21	21	20
PERSONALE AMM.VO COMPARTO	483	475	464
<u>TOTALE AZIENDA</u>	3.882	3.914	3.888

(Esclusi progetti regionali sottoindicati)

Personale assunto per progetti regionali con appositi finanziamenti

PERSONALE INFERMIERISTICO			
DIETISTA A TEMPO DETERMINATO PART TIME AL 50% (dal 04/11/2015 al 31/12/2018)	1	1	1
<u>TOTALE AZIENDA CON PROGETTI</u>	3.883	3.915	3.889

PRESENZE MEDIE EFFETTIVE	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018
QUALIFICA			
PERSONALE MEDICO	547,90	543,30	538,33
PERSONALE VETERINARIO	103,79	103,00	104,00
ODONT.E ALTRO PER.LAUR.	53,36	51,06	51,76
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.349,72	1.414,33	1.437,67
PERSONALE RIABILITATIVO	186,81	185,38	191,41
ALTRO PERSONALE SANITARIO	174,21	169,18	174,11
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	7,70	7,70	6,70
PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO	1,00	1,00	1,00
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	4,00	4,00	4,00
PERSONALE TECNICO COMPARTO	613,74	601,74	597,52
PERSONALE AMM.VO DIRIGENTI	18,80	18,80	17,80
PERSONALE AMM.VO COMPARTO	434,31	431,01	423,42
<u>TOTALE AZIENDA</u>	3.495,36	3.530,50	3.547,72

Personale assunto per progetti regionali con appositi finanziamenti

PERSONALE INFERMIERISTICO			
DIETISTA A TEMPO DETERMINATO Part Time al 50% (dal 04/11/2015 al 31/12/2018)	0,5	0,5	0,5
<u>TOTALE AZIENDA CON PROGETTI</u>	3.495,86	3.531,00	3.548,22

Composizione del personale dipendente (media)	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Personale medico, veterinario e altro personale laureato ruolo sanitario	732	732	736
Personale infermieristico, riabilitativo e altro personale sanitario	1.972	1.982	2.016
Personale dirigente ruolo tecnico amministrativo e professionale	36	35	34
Personale comparto ruolo amministrativo e professionale	489	479	471
Personale comparto ruolo tecnico	673	659	648
T O T A L E	3.902	3.887	3.905

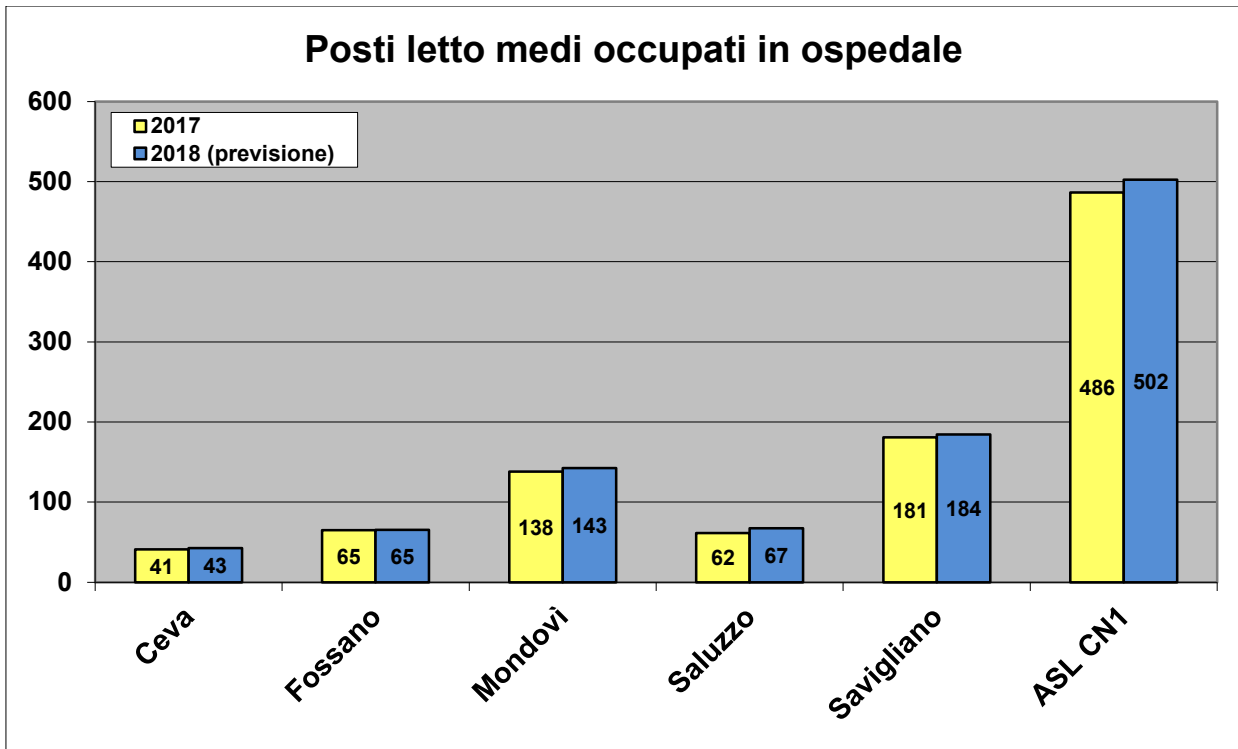
Nell'ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l'Azienda ha definito il Piano della Formazione per l'anno 2015, 2016 e 2017, approvati dal Responsabile della SSD Formazione rispettivamente con determinazione n. 249 del 04/03/2015, n. 290 del 24/02/2016 e deliberazione del Direttore Generale n.82 del 09/03/2017. Nell'ambito di ciascun atto, è stata altresì individuata la dotazione totale assegnata alla formazione per il rispettivo anno di vigenza del Piano formativo.

La formazione del personale				
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018 (proiezione al 30/10/18)
Totale Ore Formazione erogata	6.178:45	5.022	4.687	4.076
Totale Eventi	244	255	262	220
Totale Edizioni	722	620	647	578
Totale Partecipanti Effettivi	12.394	13.796	14.344	10.943

2.4.2 Presidio Ospedaliero

Posti letto

Nel grafico sottostante è dettagliata l'occupazione media giornaliera dei posti letto ospedalieri nel biennio 2017-2018:



L'aumento dei posti letto medi occupati registrato nel 2018 rispetto al 2017 è il risultato, come dettagliato nei successivi paragrafi, del consistente incremento della produzione in termini di valore tariffario dei ricoveri, indice indiretto della complessità della casistica trattata, rispetto all'anno precedente.

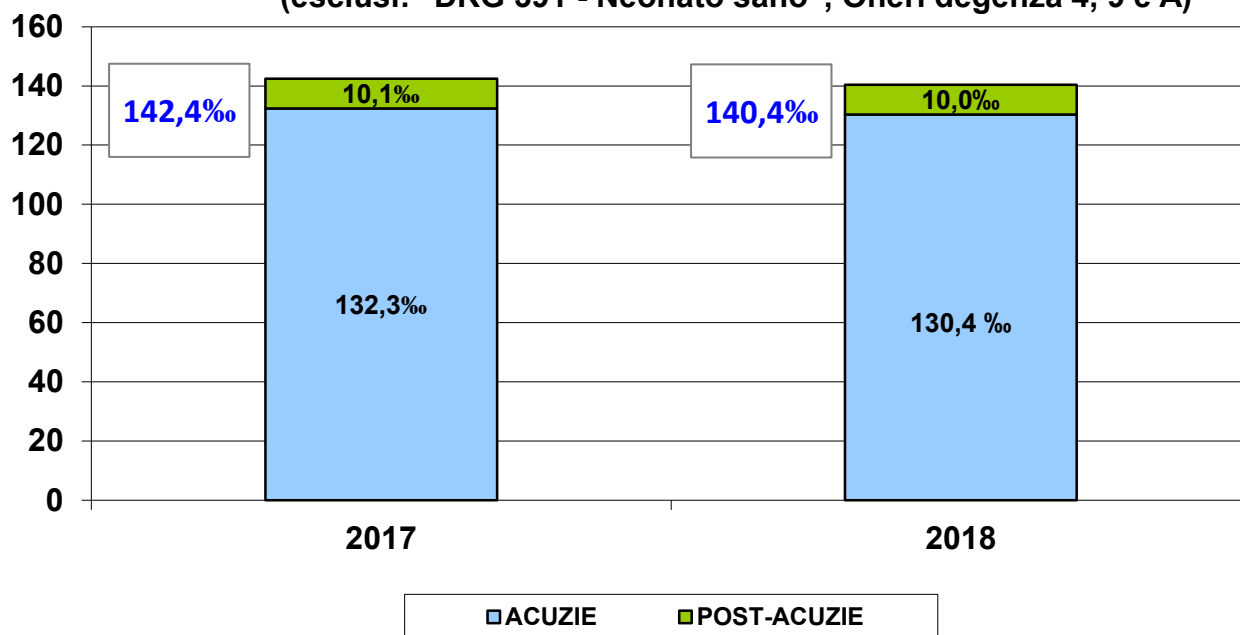
Tasso di Ospedalizzazione

Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione è, per entrambi gli anni, relativo al 2017, in quanto l'ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per area di ricovero e nel secondo per Distretto.

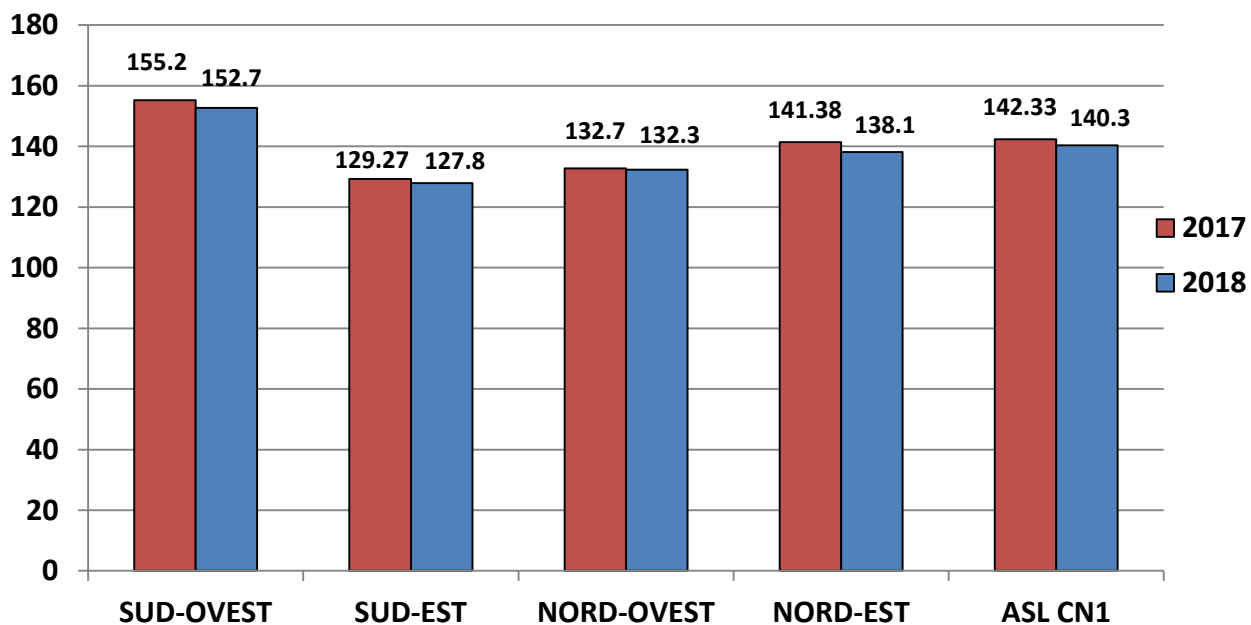
Si osserva che il tasso di ospedalizzazione, già piuttosto contenuto, è ulteriormente diminuito anche nell'ultimo anno. Questo è il risultato di positive azioni di riconversioni dell'attività di ricovero ordinario in day-hospital e di quest'ultimo in ambulatoriale, che, nelle riorganizzazioni delle attività dei reparti e degli ambulatori, hanno consentito il miglioramento del livello di appropriatezza nell'utilizzo dei differenti regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Si segnala inoltre una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale, con il tasso più elevato nel Sud-Ovest e più basso nel Sud-Est e Nord-Ovest.

Tasso Ospedalizzazione ‰ ASL CN1 - ACUZIE e POST-ACUZIE
 (esclusi: "DRG 391 - Neonato sano"; Oneri degenza 4, 9 e A)

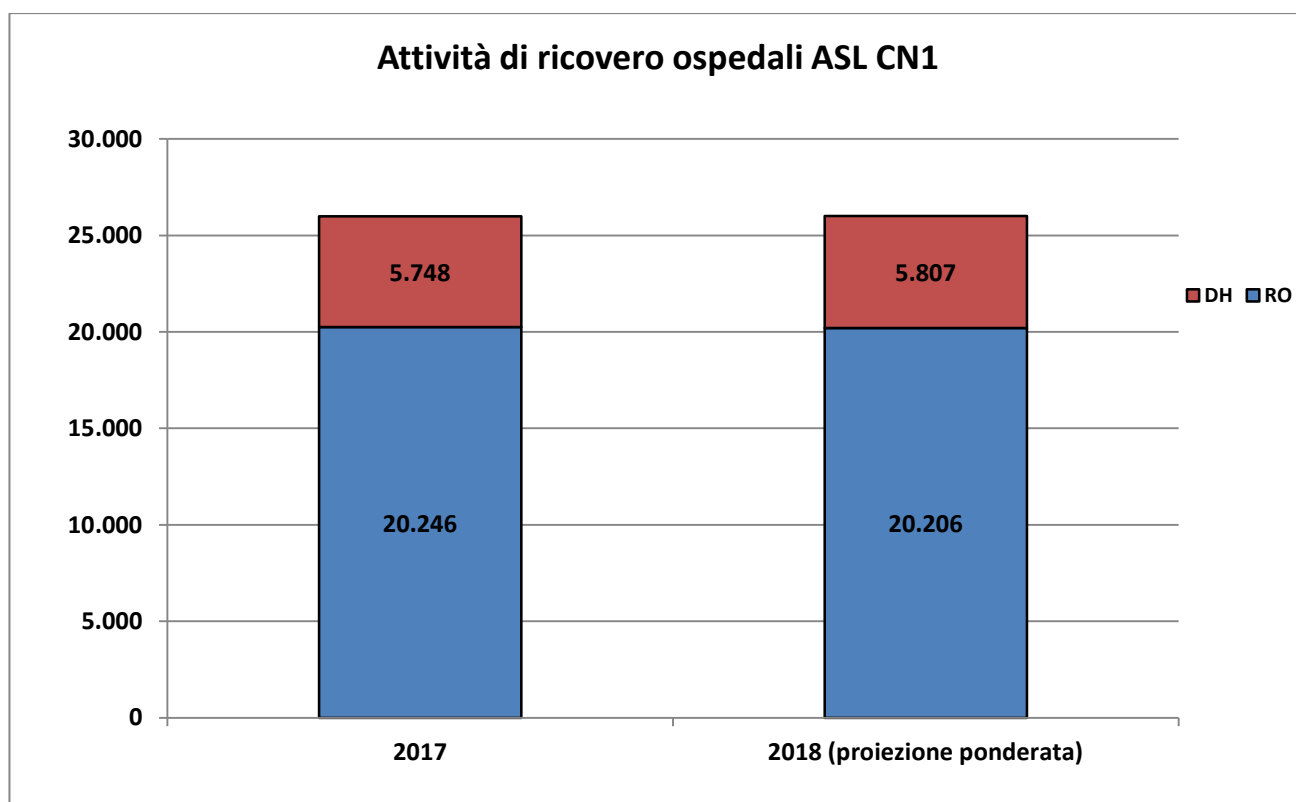


Tasso Ospedalizzazione ‰ per Distretto



Volumi di attività (casi)

Nei grafici e nelle tabelle seguenti è illustrata l'attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e pronto soccorso svolta dalle strutture dell'ASL CN1 nel corso degli anni 2017 e 2018.



Come dettagliato nelle tabelle sotto riportate, rispetto al 2017, nel 2018 la produzione dell'ASL CN1 è rimasta sostanzialmente invariata in termini di numero di casi, ma risulta considerevolmente incrementata per quanto riguarda il corrispondente valore tariffario.

Nel dettaglio dei presidi, risulta evidente che tale aumento è stato realizzato nel Presidio Savigliano-Saluzzo. La crescita ha riguardato sia discipline chirurgiche che mediche, ma è stata particolarmente rilevante per la cardiologia, soprattutto nelle attività di emodinamica ed elettrofisiologia.

Produzione ricoveri 2017-2018 (CASI)

OSPEDALE	2017			2018 - proiezione ponderata			2018 vs. 2017	
	R.O.	D.H.	TOT.	R.O.	D.H.	TOT.	N°	%
Fossano	1.116	23	1.139	1.121	38	1.151	12	1,1%
Mondovi-Ceva	8.078	1.595	9.673	7.769	1.949	9.713	40	0,4%
Savigliano-Saluzzo	11.052	4.130	15.182	11.319	3.833	15.150	-32	-0,2%
TOTALE	20.246	5.748	25.994	20.206	5.807	26.013	19	0,1%

Produzione ricoveri 2017-2018 (VALORE)

OSPEDALE	2017			2018 - proiezione ponderata			2018 vs. 2017	
	R.O.	D.H.	TOT.	R.O.	D.H.	TOT.	Valore	%
Fossano	5.576.405	97.660	5.674.065	5.429.074	147.776	5.576.851	-97.215	-1,7%
Mondovì-Ceva	28.422.623	1.977.553	30.400.176	27.413.707	2.421.004	29.834.711	-565.465	-1,9%
Savigliano-Saluzzo	36.739.439	4.933.242	41.672.681	39.615.697	4.933.236	44.548.933	2.876.252	6,9%
TOTALE	70.738.467	7.008.456	77.746.922	72.440.119	7.481.609	79.921.727	2.174.805	2,8%

Come si evince dalle seguenti tabelle, la mobilità attiva, in linea con l'andamento della produzione descritto in precedenza, mostra una sostanziale stabilità in termini di numero di casi, ma un notevole incremento del valore; la mobilità passiva risulta invece in diminuzione sia per il numero di casi che per la valorizzazione economica.

Mobilità intraregionale ricoveri 2017-2018 (CASI)

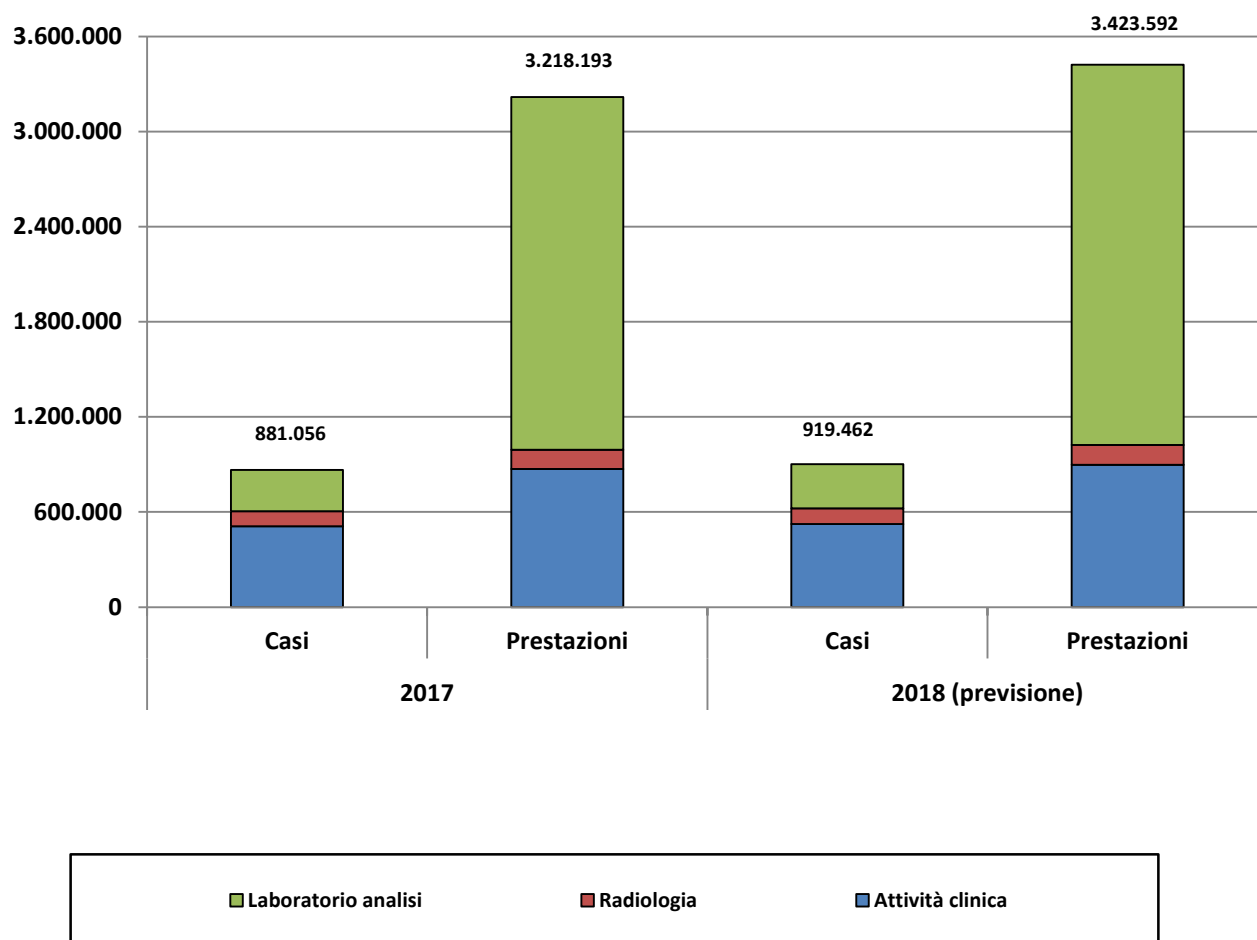
TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2017	2018 (previsione)	2018 vs. 2017	
				N°	%
Mobilità attiva	Fossano	164	155	-9	-5,6%
	Mondovì-Ceva	527	536	9	1,8%
	Savigliano-Saluzzo	2.740	2.695	-45	-1,6%
	TOTALE	3.431	3.386	-45	-1,3%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	27.412	27.043	-369	-1,3%
	Altro	9.338	8.702	-636	-6,8%
	TOTALE	36.750	35.746	-1.004	-2,7%

Mobilità intraregionale ricoveri 2017-2018 (VALORE)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2017	2018 (previsione)	2018 vs. 2017	
				N°	%
Mobilità attiva	Fossano	1.070.541	958.158	-112.383	-10,5%
	Mondovì-Ceva	1.977.659	1.930.373	-47.286	-2,4%
	Savigliano-Saluzzo	7.289.268	8.190.943	901.675	12,4%
	TOTALE	10.337.467	11.079.473	742.006	7,2%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	95.841.780	97.349.835	1.508.055	1,6%
	Altro	36.046.034	34.408.918	-1.637.115	-4,5%
	TOTALE	131.887.813	131.758.753	-129.060	-0,1%

Relativamente alla specialistica ambulatoriale (di seguito rappresentata), nel corso del biennio 2017-2018 si è registrato un aumento dell'attività sia in termini di casi trattati che di numero prestazioni, prevalentemente per gli esami di laboratorio, ma anche per numerose visite specialistiche, grazie ai potenziamenti messi in atto per la riduzione dei tempi d'attesa, coerentemente con le indicazioni regionali.

Attività specialistica ambulatoriale ASL CN1



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

Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2017-2018

TIPO MOBILITA'	2017		2018 (proiezione)		2018 vs. 2017			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
Intraregionale	133.956	2.318.053	145.608	2.503.553	11.652	8,7%	185.500	8,0%
Extra-regionale	124.090	1.380.882	128.138	1.404.075	4.048	3,3%	23.193	1,7%
TOTALE	258.046	3.698.935	273.746	3.907.628	15.700	6,1%	208.693	5,6%

Come evidenziato nella tabella precedente, nel 2018 si registra un rilevante aumento della mobilità attiva in termini di numero di prestazioni e di valore tariffario.

Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2017-2018

EROGATORE	2017		2018 (proiezione)		2018 vs. 2017			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
ASO Cuneo	1.521.369	30.934.249	1.562.966	31.289.866	41.597	2,7%	355.617	1,1%
Altre	287.892	7.097.492	302.681	7.668.836	14.789	5,1%	571.344	8,0%
TOTALE COMPLESSIVO	1.809.261	38.031.741	1.865.647	38.958.702	56.386	3,1%	926.961	2,4%

Anche per quanto riguarda la mobilità passiva di specialistica ambulatoriale si osserva un incremento, rispetto al 2017. Le principali motivazioni sono le seguenti:

- l’incremento registrato verso “ASO Cuneo” è stato determinato in gran parte al notevole aumento di interventi ambulatoriali di oculistica (cataratta e iniezioni intravitreali)
- l’incremento verso “Altre” strutture regionali è invece riconducibile prevalentemente a prestazioni di diagnostica e terapia oncologica effettuate soprattutto presso l’IRCCS di Candiolo.

Di seguito, infine, si rappresenta l’attività del Pronto soccorso, suddivisa per codice di gravità (codice colore dalla minore urgenza - bianco alla maggiore urgenza – rosso).

Accessi Pronto Soccorso 2017-2018 (produzione ASL CN1)

CODICE COLORE	2017	2018 (proiezione ponderata)	2018 vs. 2017
Bianco	13.343	12.195	-1.148
Verde	85.562	85.577	15
Giallo	8.351	9.357	1.006
Rosso	677	703	26
Totale	107.933	107.832	-101

Nel 2018 si è registrato un mantenimento del numero di passaggi in Pronto Soccorso rispetto al 2017. Nel dettaglio della casistica, si segnala soprattutto una riduzione dei codici bianchi e un aumento dei codici gialli, che indica una maggiore complessità della casistica trattata.

Cure domiciliari:

Utenti >=65 aa. in carico in assistenza domiciliare - Anno 2017

DISTRETTO	Mono-professionale	Multi-professionale	Totale
DISTRETTO SUD-OVEST	703	2.578	3.281
DISTRETTO SUD-EST	547	2.160	2.707
DISTRETTO NORD-EST	347	1.871	2.218
DISTRETTO NORD-OVEST	277	1.951	2.228
Totale ASL CN1	1.874	8.560	10.434

Utenti >=65 aa. in carico in assistenza domiciliare - Anno 2018 (proiezione)

DISTRETTO	Mono-professionale	Multi-professionale	Totale
DISTRETTO SUD-OVEST	714	2.626	3.341
DISTRETTO SUD-EST	549	2.026	2.573
DISTRETTO NORD-EST	345	1.740	2.085
DISTRETTO NORD-OVEST	278	1.993	2.271
Totale ASL CN1	1.886	8.384	10.269

Nel 2018 si registra un numero complessivo di utenti in carico sostanzialmente in linea con l'anno precedente. Come già evidenziato l'anno passato, degna di nota è l'elevata prevalenza di utenti in assistenza domiciliare multi-professionale, più completa e complessa, rispetto a quella mono-professionale.

2.4.3 Attività Territoriale

Attività distrettuale

L'attività, descritta nelle tabelle seguenti, si riferisce alla residenzialità e semi residenzialità per anziani (con riferimento anche all'Ospedale di Comunità), per disabili e alla gestione dell'assistenza domiciliare (accessi e presa in carico dei pazienti) erogata nell'ambito dei quattro Distretti dell'ASL CN1.

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI - (n. giornate di assistenza)			
Distretto	2016	2017	Proiezione al 31/12/2018
Sud Ovest	147.757	193.436	182.523
	44.388		
Sud Est	95.696	131.336	119.800
	42.114		
Nord Ovest	114.075	110.667	109.556
Nord Est	107.460	103.317	100.118
TOTALE	551.490	538.756	511.997

ATTIVITA' CAVS (ASLCN1 e Privati) - (n. giornate di assistenza)			
Distretto	2016	2017	Proiezione al 31/12/2018
Sud Ovest	29.505	34.016	32.726
Sud Est			
Nord Ovest			
Nord Est			
TOTALE	29.505	34.016	32.726

OSPEDALE DI COMUNITA' DI DEMONTE - (n. giornate di degenza)			
Distretto	2016	2017	Proiezione al 31/12/2018
Sud Ovest	3.233	2.952	3.266
TOTALE	3.233	2.952	3.266

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI - (n. giornate di assistenza)			
Distretto	2016	2017	Proiezione al 31/12/2018
Sud Ovest	2.927	2.533	2.063
	32		
Sud Est	0	0	0
	0		
Nord Ovest	3.589	3.049	3.499
Nord Est	168	304	384
TOTALE	6.716	5.886	5.946

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI - (n. giornate di assistenza)			
Distretto	2016	2017	Proiezione al 31/12/2018
Sud Ovest	34.297	48.862	52.935
	7.999		
Sud Est	17.997	23.095	21.002
	3.662		
Nord Ovest	16.099	15.930	15.620
Nord Est	30.728	30.353	31.280
TOTALE	110.782	118.240	120.837

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI - (n. giornate di assistenza)			
Distretto	2016	2017	Proiezione al 31/12/2018
Sud Ovest	30.387	44.745	44.132
	10.631		
Sud Est	10.851	12.826	12.880
	2.774		
Nord Ovest	10.247	11.150	11.157
Nord Est	14.219	15.806	16.750
TOTALE	79.109	84.527	84.919

ALTRE ATTIVITA' A FAVORE DI DISABILI/ANZIANI (n. giornate Nucleo stato vegetativo (NSV) e Nucleo di alta complessità neurologica (NAC))			
Distretto	2016	2017	Proiezione al 31/12/2018
Sud Ovest	1.314	1.206	734
	0		
Sud Est	92	594	152
	0		
Nord Ovest	366	598	427
Nord Est	525	1.014	1.306
TOTALE	2.297	3.412	2.619

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 2016	Anno 2017	al 31/10 2018
ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	246	336	313
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	1.219	1.086	955
Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	2.169	2.135	1.912
Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	8.081	8.101	7.020
Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD)			52
	11.715	11.658	10.252

Accessi	Anno 2016	Anno 2017	Al 31/10/2018
ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	6.050	7.437	6.821
Fisioterapista	100	51	51
Infermiere	3.182	4.836	3.862
Infermiere U.O.C.P.	2.768	2550	2.908
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	37.519	35.903	29.782
Fisioterapista	479	398	343
Infermiere	37.029	35.505	29.436
Infermiere U.O.C.P.	11	0	3
Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	9.510	11.344	9.179
Fisioterapista	252	234	139
Infermiere	9.258	11.110	9.040
Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	111.111	111.608	91.016
Fisioterapista	2.868	2.642	1.707
Infermiere	108.239	108.966	89.309
Infermiere U.O.C.P.	4	0	0
Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD)	0	0	254
Fisioterapista			226
Infermiere			28
	164.190	166.292	137.052

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. 4	Ambulatori decentrati	Busca, Caraglio, Cuneo, Dogliani

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

L'attività dei Centri di Salute Mentale in numeri:

Attività	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018 (proiezione)
Utenti in carico	6.909	6.954	6.931
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	43.685	48.113	49.231
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	37.707	35.182	34.636
Borse lavoro (n. utenti)	204	220	231
Assegni terapeutici (n. utenti)	205	213	188

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

Ricoveri ospedalieri in SPDC				
Gli SPDC del D.S.M. :	N. posti letto	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018 (proiezione)
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	459	477	456
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	430	406	378
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	381	390	409
Totale	48 pl	1.270	1.273	1.243

Il Dipartimento di Salute Mentale gestisce inoltre direttamente:

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

Totale 109 posti letto di residenzialità a Gestione Diretta.

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

Dipartimento Patologia delle Dipendenze

Il D.P.D. è un servizio territoriale strutturato su 7 sedi che garantiscono la copertura del territorio dell'ASL CN1; la sua funzione è quella di trattare le dipendenze da sostanze sia legali sia illegali e i comportamenti 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 (per il 2016) e dati estrapolati da HTH (anno 2017, 2018) divisi per programma ambulatoriale e per programma in carcere. La seconda tabella presenta i dati globali delle prestazioni erogate a livello ambulatoriale, mentre la terza mette in evidenza il numero di giornate per inserimenti residenziali.

In generale si può osservare per il 2018 (non essendo ancora andato completamente a regime il programma HTH) un numero costante di utenti e prestazioni sostanzialmente invariate nel numero.

Utenti in carico DPD	Anno 2016*	Anno 2017**	Anno 2018 (al 30/11/2018)**	Anno 2018 (previsione al 31/12/2018)	Note
Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti	1.751	2.447	2.541	2.100 (dato in diminuzione per i motivi sotto riportati)	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti in carcere	257	571	554	430	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERT in carcere
Totale	2.008	3.018	3.095	2.530	

*Dati PADDI.

**da ottobre 2017 è attivo il programma HTH che permette di ottenere statistiche, pertanto i dati dal 2017 sono estrapolati da HTH. Si segnala però che il dato relativo agli utenti in carico potrebbe essere sovrastimato poiché le cartelle di soggetti senza prestazioni nell'anno avrebbero dovuto essere chiuse di default, ma a causa di ritardi nell'applicazione del programma su tutto il territorio regionale tale evenienza non si è verificata. (Stiamo aggiornando i dati manualmente)

Prestazioni ambulatoriali	Sanitarie (visite mediche)	Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)	Totali
Anno 2018 (previsione al 31/12/2018)	17.500 globali visite mediche	5.000 prestazioni psicologiche + 12.500 prestazioni del comparto	35.000
Anno 2018 (al 30/11/2018)	Dati HTH 15.936 globali visite mediche	Dati HTH 4.291 prestazioni psicologiche individuali più 492 prestazioni di gruppo e somministrazione di 59 test più 11.145 prestazioni del comparto	31.923
Anno 2017	<u>Dati HTH</u> globali visite mediche (programma HTH attivo da ottobre 2017): 17.456 <u>Reportmed</u> visite mediche dato: 20.351	<u>Dati HTH</u> : 4.260 prestazioni psicologiche individuali più 590 prestazioni di gruppo più 11.547 prestazioni del comparto Reportmed: prestazioni non sanitarie: 14.431	HTH: 33.853 Reportmed: 34.782
Anno 2016	19.553 visite mediche Istituti Penitenziari ASL CN1 per pazienti con dipendenza	5.284 prestazioni psicologiche + 12.944 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni)	37.781

N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta	Strutture accreditate per le dipendenze	Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)
Anno 2016	15.619	2.257
Anno 2017	14.846	2.433
Anno 2018 (al 31/10/2018)	14.458	1.784
Anno 2018 previsioni	17.000	2.400

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

PROGETTI SERT (gestiti direttamente dal servizio)

Nome progetto	Target	Tipo di intervento	Numeri	Sede degli interventi
TETRIS (nell'anno scolastico 2018/2019 il progetto cambia nome "Consapevolmente", è realizzato dal Comune di Mondovì con il SERD come partner e finanziato dalla fondazione CRC)	Studenti	INFORMATIVO (trasmissione di informazioni/conoscenze con modalità uni-direzionale: lezione, conferenza, convegno...) EDUCATIVO (educazione ad un comportamento, stile di vita tramite attività didattico-educative a scuola, educazione terapeutica o counselling nel setting sanitario, peer education...)		Scuole di Mondovì
Unplugged	Insegnanti	FORMATIVO (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...)	1 corso di formazione per 24 insegnanti	Tutta l'ASL
Cantiere adolescenti (in collaborazione con DSM, consultorio, NPI)	Adolescenti	Intervento di aggancio precoce, valutazione e presa in carico		4 sedi in ASL: Mondovì, Cuneo, Saluzzo e Savigliano
FREE STYLE	Studenti terza superiore	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education		Distretto di Savigliano – Fossano e Saluzzo
Che ne s'AIDS	Studenti quarta superiore	Informativo sui rischi da malattie infettive, in modo particolare la patologia da HIV		Distretto di Savigliano – Fossano e Saluzzo, scuole superiori cebano.

PROGETTI A CUI IL SERT COLLABORA

Nome del progetto	Ente gestore	Attività del progetto	Tipo di progetto/ fondi	Modalità di collaborazione
“Dal Mondo intorno a me, all’infinito dentro di me” (terminato nel 2018)	ACAT	Percorso formativo	Progetto finanziato dalla CRC	Partner
PUNTA SU DI TE 2.0	CIS in collaborazione con ASL CN1 e ASL CN2	Attività di informazione - prevenzione sul Gioco d’azzardo patologico	Progetto rifinanziato dalla CRC per la terza annualità	Partner

2.4.4 Attività di Prevenzione



Screening oncologico (“Prevenzione Serena”)

SCREENING ONCOLOGICO “PREVENZIONE SERENA”				
PROGRAMMA N. 4				
TEST	INDICATORI	anno 2016	anno 2017	Proiezione 2018
Mammografia	n. inviti alla popolazione	50.255	50.810	47.151
	n. test effettuati	36.939	35.464	35.833
	% adesione al test (spontanee + lettera)	73,5	69,8	76,0
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.661	1.823	1.755
Pap-test/HPV	n. inviti alla popolazione	46.543	49.753	48.244
	n. test effettuati	29.453	30.213	30.359
	% adesione al test (spontanee + lettera)	63,3	60,7	62,9
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	2.104	2.544	2.936
Rettosigmoidoscopia	n. inviti alla popolazione	6.959	6.650	11.860
	n. test effettuati	2.112	2.222	2.835
	% adesione al test	30,4	33,4	23,9
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	212	213	321
FIT	n. inviti alla popolazione	12.811	33.422	20.380
	n. test effettuati	7.860	15.579	12.440
	% adesione al test	61,4	46,6	61,0
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	825	940	856

AREA A - Sanità Animale
Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
BOVINI	378.827	477.078	217.143	212.000
SUINI	61.936	64.885	50.099	43.500
AVICOLI	5.500	4.051	1.166	1.500
EQUINI	1.397	1.494	853	450
OVI-CAPRINI	11.243	11.764	7.372	2.500
SELVATICI	370	1.134	114	150
ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI	5.317	4.964	2.185	2.200

AREA B - Igiene Alimenti Origine Animale
Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

ATTIVITA' DI ISPEZIONE PRESSO STABILIMENTI DI MACELLAZIONE SUI CAPI MACELLATI	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
BOVINI	220.882	225.405	114.155	119.490
SUINI	245.603	246.901	120.335	122.394
OVICAPRINI	21.176	22.188	12.718	6.942
AVICUNICOLI	11.238.470	11.188.745	5.616.613	5.634.376
EQUINI	132	72	25	27

AREA C - Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

ATTIVITA' DI ISPEZIONE –AUDIT E CAMPIONAMENTI	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
Ispezioni (presso stabilimenti ed allevamenti)	3.729	4.083	1.696	1.900
Audit (presso attività produttive, allevamenti/stabilimenti)	102	59	16	46
Campionamento (in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte)	1.781	1.635	746	600

P.M.P.P.V
Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

ATTIVITA'	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
Interventi (disinfezione/disinfestazione, su animali vivi, su spoglie animali, di vigilanza, per apposizione marchi auricolari, per gestione emergenze, per sopralluoghi, per allerte alimentari, per trasporti, nr ingressi in stalla per prove diagnostiche)	2.573	2.389	1.521	979
Interventi in reperibilità	151	221	109	71
Attività specifiche:				
Nr. marchi auricolari duplicati	28.182	19.914	9.007	7.993
Ore di collaborazione	704	550	0	400

SIAN - Igiene Alimenti e Nutrizione
Dati di attività 2016 -2017 - 2018

ATTIVITA' DI ISPEZIONE – AUDIT E CAMPIONAMENTI ATTIVITA' DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E NUTRIZIONE	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
Ispezioni (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	1.251	1.490	907	770
Audit (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	28	24	2	10
Campionamento (alimenti - acque minerali - acque potabili)	2.011	1.942	818	950
Promozione salute (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione):	226	143	141	25
ore dedicate	3.629	1.531	1.841	315
nr. soggetti raggiunti				
Nutrizione (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale)				
nr. soggetti raggiunti	3.721	1.313	436	100
pareri, sopralluoghi, riunioni	860	1.401	710	570
ore dedicate	84	59	23	20

Medicina Sportiva
Dati di attività 2016 – 2017 - 2018

ATTIVITA'	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
Visite Mediche	6.438	6.079	2.747	3.050
ECG a riposo e da sforzo	6.491	6.226	2.799	3.060
Esame urine	6.364	5.428	2.696	2.950
Spirometria	6.232	6.079	2.742	3.040
Certificazioni di idoneità/non idoneità	6.550	6.219	2.840	3.100

SPRESAL – Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro
Dati di attività 2016 – 2017- 2018

ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo	1.323	1.047	534	510
Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08)	3.373	3.687	1.555	2.035
Infortuni registrati	3.932	4.002	2.036	1.629
Inchieste infortuni concluse	61	81	28	25
Malattie professionali pervenute	112	115	65	55
Malattie professionali indagate	131	105	64	35
Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente	10	11	4	6
Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08	532	539	206	270

SISP – Igiene e Sanità Pubblica
Dati di attività 2016 -2017 – 2018

ATTIVITA' DI TUTELA DELLA SALUTE, PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE E INFEZIONI	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	II semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti – progetti edilizi – richieste agibilità/abitabilità e rilascio pareri di competenza	827	512	273	280
Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate)	191	283	184	190
Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo	1.710	1.647	785	800
Nr. attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi	491	282	237	250
Nr. attività finalizzate ad autorizzazione o controlli di altri edifici	336	375	254	270
Nr. attività finalizzate a controllo in ambiente esterno e altri controlli	869	792	238	250
Nr. partecipazione a commissioni	1.474	1.228	605	620
Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti	78	38	25	30
Nr. attività di polizia mortuaria	4.807	4.968	3.142	3.200
Nr. controlli malattie infettive	3.253	3.938	2.353	2.400
Nr. persone a cui è stato fornito counselling per medicina viaggi	1.736	2.003	1.122	1.200
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate				
Nr. vaccinazioni gestite	65.138	85.060	48.401	48.500
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	50.529	78.154	44.866	45.000
Gestione campagna vaccinazione antinfluenzale				
Nr. vaccinazioni gestite	68.525			69.000
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	657			1.000

Medicina Legale
Dati di attività 2016 – 2017 -2018

ATTIVITA'	Anno 2016	Anno 2017	I semestre 2018	Il semestre 2018 (proiezione al 31.12.2018)
Patenti e Certificazioni	11.306	10.345	5.704	5.704
Porto d'Armi	1.104	1.597	1.075	1.075
Idoneità per il lavoro	7.810	4.749	1.079	1.079
Stati invalidanti	14.623	14.989	7.056	7.056
Certificazioni	2.415	2.149	749	749
Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti	48	36	14	14
Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni	617	536	238	238
Medicina necroscopica	3.747	4.432	2.392	2.392
Gestione del rischio clinico (Risk management) Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce	49	49	29	29

2.5 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.

2.5.1 Contesto socio-economico

Al 31 dicembre 2017 le imprese registrate presso la Camera di Commercio di Cuneo sono così ripartite: 29,3% comparto agricolo, 9,3% industria, 13,6% costruzioni, 18,4% commercio, 5,7% turismo, 21,5% altri servizi. A livello settoriale, le dinamiche più incoraggianti sono arrivate dagli altri servizi (+1,3%) e dal turismo (+1,3%). Dopo una timida ripresa nel 2016, il comparto agricolo, principale settore di attività delle imprese del territorio, ha segnato una nuova contrazione (-2,3%). Hanno chiuso con segno negativo anche le attività commerciali (-0,9%), industriali (-1,2%) ed edili (-1,6%). Nel dettaglio, al 31 dicembre 2017 il registro imprese della Camera di commercio di Cuneo ha contato la nascita di 1.135 iniziative imprenditoriali a carattere artigiano (nel 2016 erano state 1.202), a fronte delle 1.293 chiusure di attività preesistenti (140 in meno rispetto al 2016, quando le cessazioni non d'ufficio erano state 1.433). Il saldo tra i due flussi è, dunque, risultato negativo per 158 unità (ne sono state 231 perse nel 2016). Lo stock di imprese artigiane registrate a fine dicembre 2017 è stato di 17.834 unità. L'incidenza della componente artigiana si è rivelata superiore a quella nazionale (21,8%), ma inferiore al dato medio piemontese (27,5%). Per quanto concerne il mercato del lavoro, i segnali sono incoraggianti: con un tasso di occupazione pari al 68,4% e un tasso di disoccupazione del 6,1%, Cuneo si è qualificata la provincia piemontese con il tasso di disoccupazione

più basso del Piemonte. Questo maggior dinamismo dell'occupazione cuneese è confermato anche per le nuove generazioni, pur in presenza di dati più allarmanti, con un tasso di disoccupazione giovanile che raggiunge in provincia il 23,1% a fronte del 32,9% regionale rappresentando un evidente segnale dell'urgenza di politiche attive efficaci per rispondere alla domanda occupazionale dei nostri ragazzi. (fonte dati: Camera di Commercio di Cuneo su dati ISTAT).

Tab.1 Popolazione oltre i 15 anni per genere e condizione occupazionale (x1000)

GENERE	Media 2016				Media 2017				Variazione interannuale							
	Occupati	In cerca occ.	Inattivi	TOTALE	Occupati	In cerca occ.	Inattivi	TOTALE	Occupati		In cerca occ.		Inattivi		TOTALE	
									val.ass.	val. %	val.ass.	val. %	val.ass.	val. %	val.ass.	val. %
	TOTALE	259	17	228	504	260	17	227	504	1		0		-2	-0,7	-1
UOMINI	148	8	91	247	150	8	88	246	2	1,6	0		-3	-3,2	0	
DONNE	111	10	137	258	110	9	138	257	-1		-1		1		-1	

(fonte: Osservatorio Regionale Mercato Lavoro su dati ISTAT reperibile al sito <http://www.regione.piemonte.it/lavoro/osservatorio/quadro.htm> u.v.)

Anche se il trend provinciale segue quello nazionale e risente ancora della crisi economica iniziata tra il 2008 e il 2009, i dati provinciali relativi agli occupati (Tab. 1) sono secondi solo alla provincia torinese e considerando le evidenti differenze di popolazione si può affermare che siano i migliori a livello regionale. Gli occupati dipendenti registrano un lieve incremento in agricoltura ed una altrettanto modesta flessione nell'industria. Diminuiscono i lavoratori indipendenti nei servizi dove, invece, aumentano quelli dipendenti (Tab. 2)

Tab. 2 tipo di occupazione e settore di attività (x1000)

tipo occup.	Media 2016				Media 2017				Variazioni interannuali							
	Agricolt.	Industria	Altre attività	TOTALE	Agricolt.	Industria	Altre attività	TOTALE	Agricoltura		Industria		Altre attività		TOTALE	
									v.ass.	val. %	v.ass.	val. %	v.ass.	val. %	v.ass.	val. %
Dip.	6	70	104	180	8	69	108	185	2	27,8	-1		5	4,4	5	2,7
Indip.	19	18	41	79	19	18	38	75	0		0		-3	-7,5	-3	-4,4
TOT	25	88	145	259	26	87	146	260	1		-1		1		1	

(fonte: Osservatorio Regionale Mercato Lavoro su dati ISTAT reperibile al sito <http://www.regione.piemonte.it/lavoro/osservatorio/quadro.htm>)

I livelli di disoccupazione sono tra i più bassi sia a livello regionale che nazionale (Tab. 3)

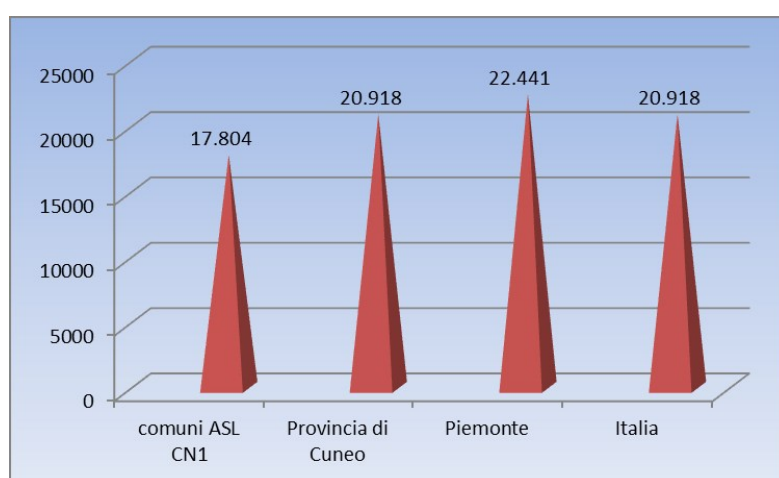
Tab. 3 Disoccupazione per genere e confronto con dato regionale

Area Terr.	Media 2016 (x1000)			Media 2017 (x1000)			Variazione interannuale					
	UOMINI	DONNE	TOT	UOMINI	DONNE	TOT	UOMINI		DONNE		TOTALE	
							v.ass.	val.%	v.ass.	val.%	v.ass.	val.%
IN CERCA DI OCCUPAZIONE												
Cuneo	8	10	17	8	9	17	0		-1		0	
Piemonte	97	90	187	90	93	182	-7	-7,4	3	3,1	-4	-2,3
TASSO DISOCCUPAZIONE TOTALE												
Variazioni in punti percentuali												
Cuneo	5,0	8,0	6,3	5,2	7,3	6,1		0,2		-0,7		-0,2
Piemonte	8,8	10,0	9,3	8,2	10,2	9,1		-0,6		0,3		-0,2
TASSO DISOCCUPAZIONE 15-29 ANNI												
Variazioni in punti percentuali												
Cuneo	14,3	22,8	17,9	17,1	17,4	17,2		2,8		-5,4		-0,7
Piemonte	22,3	26,7	24,3	20,4	27,4	23,5		-2,0		0,7		-0,8

(fonte: Osservatorio Regionale Mercato Lavoro su dati ISTAT reperibile al sito <http://www.regione.piemonte.it/lavoro/osservatorio/quadro.htm>)

Il grafico 1 confronta il reddito medio del 2016 degli abitanti nei comuni della ASL CN1 con quelli provinciali, regionali e nazionali. Il reddito medio annuo di coloro che risiedono nei comuni serviti dall'ASL CN1 (17.804 €) è sensibilmente più basso di quello provinciale (20.918 €) sul quale incide l'apporto della zona dell'albese notoriamente la più ricca. La differenza si fa ancora più marcata nel confronto con il reddito medio regionale (22.441 €) probabilmente per la differenza remunerativa legata ai settori di attività dato che, come visto in precedenza, la provincia di Cuneo è, in proporzione, quella a più alta occupazione. Anche rispetto al reddito medio nazionale gli abitanti che afferiscono alla ASL CN1 sono meno "ricchi" seppure il livello provinciale è sovrapponibile a quello italiano (20.918 €).

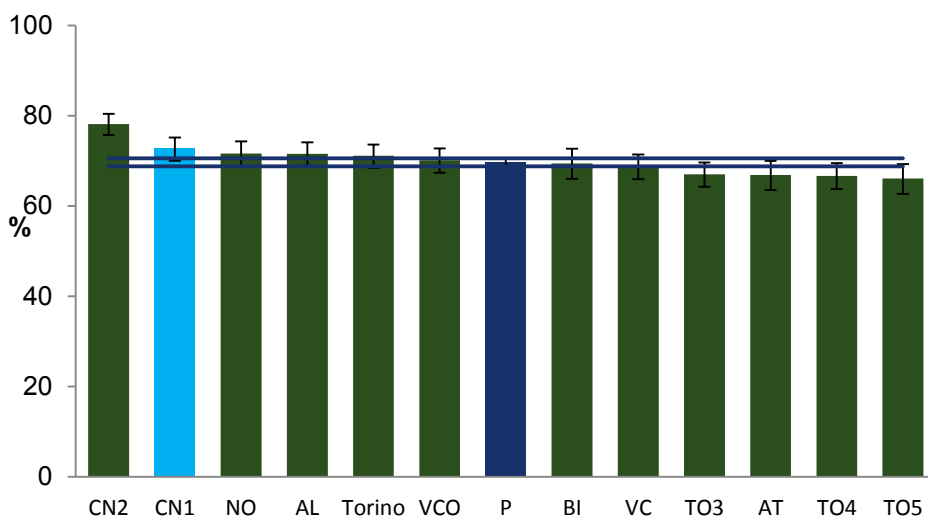
Grafico 1 - Confronto tra redditi medi nel 2016



(fonte: Comuni Italiani.it reperibile al sito <http://www.comuni-italiani.it/004/statistiche/redditic2016.html>)

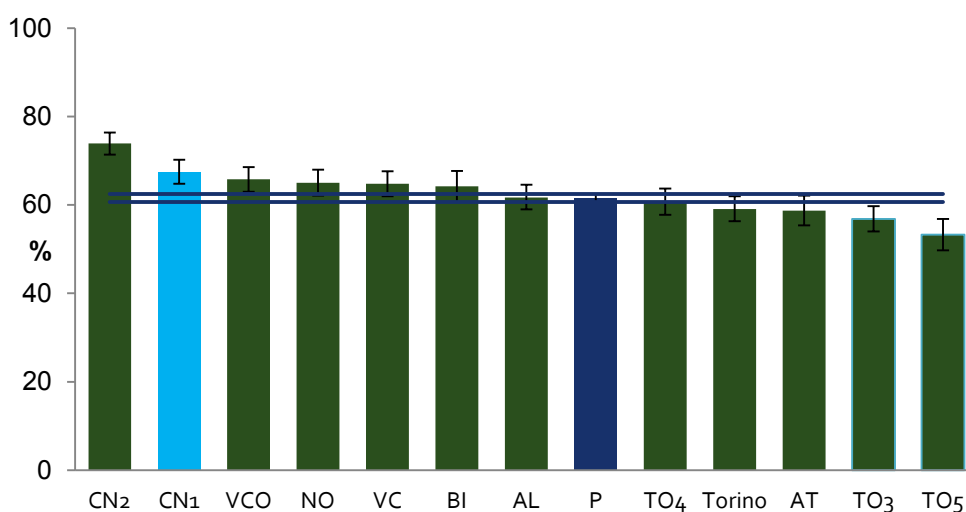
Relativamente ai dati sull'occupazione nel periodo 2014-2017 si riportano i dati riferiti attraverso le interviste telefoniche della Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). In P.A.S.S.I. vengono intervistate le persone 18-69enni iscritte nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ASL CN1, tuttavia le domande sull'attività lavorativa sono rivolte ai residenti tra i 18 e i 65 anni di età. Dichiara di lavorare, anche in modo non continuativo, il 73% degli intervistati e in particolare il 70% dei giovani di 18-34 anni, l'89% dei 35-49enni ed il 58% dei 50-65enni. In tutte le fasce di età gli uomini risultano più "occupati" rispetto alle donne (82% vs 63% - dato statisticamente significativo). Ha un lavoro dipendente il 69% degli intervistati (61% uomini vs 79% donne - dato statisticamente significativo) e il 29% un lavoro autonomo (37% uomini vs 19% donne - dato statisticamente significativo). A livello regionale il 70% degli intervistati dichiara di avere un lavoro (grafico 2), con un range che varia da quasi il 78% dell'ASL CN2 al 66% dell'ASL TO5.

**Grafico 2 - P.A.S.S.I. situazione lavorativa "continuativa e non"
ASL piemontesi periodo 2014- 2017**



In ASL CN1 riferisce di lavorare in modo "continuativo" (grafico 3) poco più del 67% dei 18-65enni, dato statisticamente significativo rispetto a quello regionale (62%); il range a livello regionale varia dal 74% dell'ASL CN2 al 53% dell'ASL TO5.

**Grafico 3- P.A.S.S.I. situazione lavorativa continuativa
ASL piemontesi periodo 2014- 2017**



Il 46% degli intervistati in ASL CN1 dichiara di avere difficoltà (qualche/molte) ad "arrivare a fine mese".

I grafici 2 e 3 di confronto del dato regionale (P) con i dati delle singole Aziende Sanitarie sono a cura del Coordinatore Regionale PASSI Donatella Tiberti-SeREMI ASL AL

2.5.2 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. Nella tabella seguente si rappresenta l'evoluzione della popolazione residente nel triennio 2015-2017.

EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

ANNO	TOTALE ASL CN1	DETTAGLIO DISTRETTI ASL CN1				PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
		Nord Est	Nord Ovest	Sud Est	Sud Ovest			
31/12/2015	418.913	89.463	80.658	86.376	162.416	590.421	4.404.246	60.665.551
31/12/2016	417.966	89.338	80.345	86.130	162.153	589.108	4.392.526	60.589.445
31/12/2017	417.287	89.155	80.064	85.660	162.408	588.559	4.375.865	60.483.973

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat, Bilancio demografico

FOCUS: L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE STRANIERA

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

Dei 5.144.440 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2017, 423.506 si trovano in Piemonte (8,23%), 60.376 in Provincia di Cuneo (1,17%), mentre 40.754 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,79%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
31/12/2015	40.376	59.994	422.027	5.026.153
31/12/2016	40.211	59.552	418.874	5.047.028
31/12/2017	40.754	60.376	423.506	5.144.440

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

Indici demografici

Si ricorre di seguito all'utilizzo di alcuni specifici indici, presentati in termini di confronto con quelli regionali e nazionali.

Indice di invecchiamento: rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. E' il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e i giovani fino a 14 anni. Nel 2017 nella nostra ASL ci sono 178 anziani ogni 100 giovani con età sino a 14 anni:

$$\frac{\text{Popolazione } \geq 65 \text{ anni (100.466)}}{\text{Popolazione } \leq 14 \text{ anni (56.294)}} \times 100 = 178$$

ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
178	193	169

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

Tasso di natalità: è il rapporto tra il numero delle nascite nella popolazione residente e la quantità della popolazione residente:

$$\frac{\text{Residenti nati (3.309)}}{\text{Popolazione residente (417.287)}} \times 1000 = 7,93$$

ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
7,9	7,0	7,6

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

Tasso di mortalità: è il rapporto tra il numero delle morti nella popolazione residente e la quantità della popolazione residente.

$$\frac{\text{Deceduti (5.025)}}{\text{Popolazione residente (417.287)}} \times 1000 = 12,04$$

ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
12	12,2	10,7

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

Crescita naturale: corrisponde alla differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità.

$$\text{Tasso di natalità (7,9) - Tasso di mortalità (12) = -4,1}$$

ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
-4,1	-5,2	-3,1

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

2.5.3 Contesto sanitario

LA SALUTE MISURATA

È quella descritta attraverso i dati correnti, i dati di servizio e i dati ottenuti da ricerche ad hoc. Sono considerati i dati relativi alle malattie infettive diffuse, quelli relativi all'incidentalità stradale e alla mortalità per principali patologie.

I dati delle malattie infettive

Le malattie infettive diffuse, in base alla 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.

Nelle tabelle 1 e 3 sono riportati i dati estrapolati dal report "Notifiche delle malattie infettive in Piemonte anno 2017". La tabella 2 ripropone gli ultimi dati disponibili (2016).

Tabella 1- Classi I-III casi notificati nei residenti/domiciliati in confronto con Piemonte

	ASL CN1	Piemonte
Blenorragia (gonorrea)	2	216
Brucellosi	1	2
Epatite A	16	228
Epatite B	9	32
Legionellosi	5	109
Leishmaniosi viscerale	1	6
Listeriosi	3	25
Malaria	21	93
Meningite meningococcica	2	11
Meningo-encefalite virale	4	71
Micobatteriosi non tubercolare	2	30
Morbillo	14	619
Parotite epidemica	8	59
Pertosse	13	46
Salmonellosi non tifoidea	40	326
Scarlattina	193	672
Sifilide	2	160
Tetano	1	6
Tubercolosi	39	351
Varicella	1575	5641

(fonte: Regione Piemonte –SEREMI ASL AL)

Tabella 2 - Classe IV focolai epidemici notificati in ASL CN1

	NUMERO CASI	FOCOLAI
Pediculosi	2	1
Pertosse	2	1
Scabbia	24	10
Scarlattina	12	3
Tubercolosi	2	1

Tabella 3 - Classe V casi notificati nei residenti/domiciliati in confronto con Piemonte

	ASL CN1	Piemonte
Acariasi (scabbia)	67	511
Altre infezioni intestinali e intossicazioni alimentari	1	33
Bartonellosi (graffio di gatto)	1	2
Borreliosi (malattia di Lyme)	1	6
Campylobacter (infezione intestinale da)	1	124
Chlamydia (malattia da)	1	104
Clostridium spp (infezioni e intossicazioni da)	22	307
Coxsackiosi	17	109
(Infezioni intestinali da) E.coli enterotossico	1	3
Herpes zoster	7	55
Mononucleosi infettiva	22	111
Parassitosi (agenti etiologici vari)	3	14
Pediculosi	6	70
Polmoniti non invasive	9	120
Rotavirus (enterite da)	4	77
Setticemie e altre mal inv non prev con vacc	1	13
Teniasi	3	5
Tinea (micosi da)	3	18

Alcuni dati di mortalità generale e per causa

Il tasso grezzo di mortalità (TG) della popolazione ASL CN1 (numero morti/popolazione totale ogni 1.000 abitanti residenti) nel 2017 (ultimo anno reso disponibile dall' ISTAT) è 12,03 (Tab. 1).

Nell'ultimo anno il numero assoluto di decessi nell'ASL CN1 è aumentato passando dai 4.856 del 2016 ai 5.025 del 2017 (+3,4%).

Tab.1 Tasso grezzo di mortalità per territorio-anno 2017

	Tasso grezzo di mortalità (TG)
ASL CN1	12,03
Distretto CN1 Nord-Est	10,94
Distretto CN1 Nord-Ovest	12,51
Distretto CN1 Sud-Est	14,54
Distretto CN1 Sud-Ovest	11,03
Provincia Cuneo	11,98
Regione Piemonte	12,21

(fonte dati Intranet RUPARPIEMONTE: PiSTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E)

Nell'analisi della tabella dobbiamo considerare che il TG, non essendo standardizzato per età, è un indicatore non adatto ai confronti tra zone diverse. Per effettuare qualche confronto tra i territori, nella tabella 2 viene utilizzato il tasso standardizzato (TS) per età, calcolato con il metodo diretto utilizzando la popolazione europea come riferimento.

Tab.2 Tasso standardizzato di mortalità per territorio – ultimo dato utile Anno 2015

	Tasso standardizzato uomini (per 100.000 abitanti)	Tasso standardizzato donne (per 100.000 abitanti)
ASL CN1	604,91	391,94
Distretto CN1 Nord-Est	576,64	389,26
Distretto CN1 Nord-Ovest	657,82	420,43
Distretto CN1 Sud-Est	598,27	397,13
Distretto CN1 Sud-Ovest	597,03	377,48
Provincia Cuneo	599,21	381,71
Regione Piemonte	579,9	377,92

(fonte dati Intranet RUPARPIEMONTE: PISTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E)

Il confronto fatto analizzando come indicatore il rapporto standardizzato di mortalità (SMR). Esso esprime in percentuale l'eccesso o il difetto di mortalità tra la popolazione di un territorio e quella di riferimento (in questo caso quella regionale), al netto delle differenze esercitate dalla diversa composizione per età delle due popolazioni. L'SMR rileva valori di mortalità per tutte le cause lievemente superiori al dato regionale, sia per i maschi che per le femmine, anche se con significatività statistica relativa al solo dato dei maschi (Tab. 3).

Tab. 3 - Mortalità generale ASL CN1 – Anno 2015

	TS	SMR	Lci SMR	Ucl SMR
Maschi	604,91	104,17	100,08	108,38
Femmine	391,94	102,93	99,04	106,94

(fonte dati Intranet RUPARPIEMONTE: PISTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E)

La **mortalità per causa** (Tab. 4-5). Nel 2015 le tre principali cause di morte sono le stesse per uomini e donne: 1) malattie dell'apparato cardiocircolatorio; 2) tumori maligni; 3) malattie dell'apparato respiratorio. L'analisi dei rapporti standardizzati di mortalità (SMR) indica che i tre "Big Killer" pur presentando valori superiori a quelli regionali (malattie dell'apparato circolatorio per entrambi i sessi e malattie respiratorie per i maschi) oppure inferiori (tumori maligni sia per gli uomini che per le donne) non sono significativi. È, invece, statisticamente significativo il 21,54% di rischio in più registrato dalle donne relativamente alle malattie dell'apparato respiratorio. Per quanto riguarda le altre patologie tra i maschi sono significativi gli aumenti dei rischi di traumatismi e avvelenamenti (25,52%) e, sia per gli uomini (22,99%) che per le donne (30,28%) gli scostamenti rispetto al rischio di malattie del sistema nervoso.

Tab. 4 - Mortalità per tutte le cause ASL CN1 - Anno 2015 Maschi

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	SMR	Lci SMR	Ucl SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	790	382,81	179,41	102,33	95,31	109,74
Tumori maligni	730	353,73	192,63	97,7	90,72	105,06
Malattie dell'apparato respiratorio	243	117,75	53,51	111,89	98,24	126,91
Traumatismi e avvelenamenti	125	60,57	41,64	125,52	104,44	149,6
Malattie del sistema nervoso	117	56,69	26,42	122,99	101,68	147,46
Malattie dell'apparato digerente	94	45,55	26,37	109,89	88,76	134,53
Mal. endocrine, nutrizionali,	78	37,8	18,33	95,56	75,5	119,32
Disturbi psichici	71	34,4	13,93	109,84	85,74	138,61
Malattie infettive	66	31,98	15,24	111,09	85,86	141,39
Tumori benigni, in situ, incerti	26	12,6	6,42	84,73	55,29	124,25
Malattie dell'apparato genito-urinario	49	23,74	10,66	115,71	85,54	153,05
Stati morbosi e maldefiniti	31	15,02	7,15	96,42	65,45	136,96
Malattie osteomuscolari e del	14	6,78	3,02	157,5	85,92	264,52
Malformazioni congenite e cause	13	6,3	8,06	153,88	81,74	263,4
Mal. sangue, org.emopoietici, dis.	7	3,39	1,9	79,94	31,96	164,9
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1	0,48	0,21	31,26	0,4	174,29

(fonte dati PISTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E)

Tab. 5 - Mortalità per tutte le cause ASL CN1 - Anno 2015 Femmine

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	SMR	Lci SMR	Ucl SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	1.036	487,43	124,96	102,5	96,34	108,95
Tumori maligni	542	255,01	111,49	94,62	86,81	102,95
Malattie dell'apparato respiratorio	234	110,1	28,05	121,54	106,44	138,19
Malattie del sistema nervoso	162	76,22	22,77	130,28	110,95	152
Disturbi psichici	132	62,11	14,43	94,56	79,08	112,17
Mal. endocrine, nutrizionali, metaboliche	119	55,99	18,53	113,1	93,66	135,39
Stati morbosi e mal definiti	83	39,05	9,61	91,93	73,19	114,01
Malattie dell'apparato digerente	83	39,05	13,41	94,64	75,34	117,37
Malattie infettive	68	31,99	10,78	97,45	75,63	123,6
Traumatismi e avvelenamenti	66	31,05	15,48	102,23	79,02	130,13
Malattie dell'apparato genito-urinario	39	18,35	5,99	96,15	68,31	131,52
Tumori benigni, in situ, incerti	27	12,7	4,23	122,05	80,34	177,71
Malattie osteomuscolari e del	18	8,47	2,85	93,74	55,47	148,28
Malattie della pelle e del sottocutaneo	12	5,65	1,37	159,66	82,29	279,18
Mal. sangue, org.emopoietici, dis.	10	4,7	1,38	75,44	36,06	138,89
Malformazioni congenite e cause	9	4,23	6,19	163,64	74,54	310,99
Complicanze della gravidanza, del parto	1	0,47	0,43	1.108	14,24	6.179

(fonte dati PISTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E)


LA SALUTE RIFERITA


É rappresentata dallo stato di salute della popolazione così come viene “sentito” e “autoriferito” dai cittadini. Viene rilevata ad esempio attraverso i “Sistemi di Sorveglianza di Popolazione”, finalizzati a raccogliere informazioni su comportamenti e condizioni di salute, trasformando i dati, con l’aiuto del cittadino, in “azioni per la salute”.

Per descrivere lo stato di salute della nostra popolazione adulta (18-69 anni) vengono utilizzati i dati raccolti attraverso le interviste telefoniche del Sistema Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), senza l’effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

In ASL CN1 da gennaio 2014 a dicembre 2017 sono state intervistate 1.100 persone (in Piemonte 12.323, 138.598 nel Pool PASSI nazionale).

Tab. 6 - Una fotografia degli intervistati PASSI (18-69enni) in ASL CN1 (periodo 2014-2017)

 PASSI	ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	POOL PASSI NAZIONALE
PROFILO SOCIO-ECONOMICO DEI SOGGETTI INTERVISTATI			
ha un’istruzione medio-bassa	41%	37%	36%
ha un lavoro, continuativo o saltuario (18-65 anni)	73%	70%	66%
ha molte difficoltà economiche	10%	8%	15%
BENESSERE			
giudica la propria salute positivamente	75%	72%	70%
riferisce sintomi di depressione	1%	6%	6%
GUADAGNARE SALUTE			
pratica adeguata attività fisica	27%	31%	32%
è completamente sedentario	27%	33%	34%
è in eccesso ponderale	33%	37%	42%
è classificabile come bevitore a maggior rischio	17%	20%	17%
fuma	24%	24%	26%
SICUREZZA			
ha guidato sotto l’effetto dell’alcol nell’ultimo mese	6%	7%	7%
mentre era alla guida è stato fermato dalle Forze dell’Ordine	49%	31%	30%
è ricorso ai servizi sanitari in seguito ad infortunio domestico	3%	4%	3%
FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE			
è iperteso	16%	19%	20%
è ipercolesterolemico	22%	22%	23%

	ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	POOL PASSI NAZIONALE
PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE (SCREENING ONCOLOGICI/VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE)			
donne (25-64 anni)			
• che riferiscono un esame preventivo per il tumore al collo dell'utero	85%	85%	79%
• che hanno eseguito un esame preventivo all'interno di un programma di screening cervicale organizzato	76%	64%	45%
• che hanno eseguito un esame-test per il tumore al collo dell'utero come prevenzione individuale	9%	20%	34%
donne (50-69 anni)			
• che riferiscono una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	82%	74%	73%
• che riferiscono una mammografia all'interno di un programma di screening organizzato	79%	64%	54%
• che hanno eseguito una mammografia come prevenzione individuale	3%	10%	19%
Persone 18-64enni che riferiscono di essere stati vaccinati contro l'influenza stagionale durante le ultime campagne vaccinali	6%	7%	7%

Alcuni approfondimenti

✓ Sentirsi bene o molto bene

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Nell'ASL CN1 il 75% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene. A livello di Pool regionale e nazionale PASSI i dati sono rispettivamente del 70%, e del 72%.

Fig. 1 – Percezione del proprio stato di salute tra le categorie di intervistati PASSI ASL CN1 periodo 2014-2017



✓ **Vaccinazione antinfluenzale**

L'influenza è un importante problema di salute individuale e collettiva; è una malattia con un'elevata contagiosità, può comportare gravi complicanze nei soggetti a rischio ed è spesso motivo di ricorso a strutture sanitarie. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta in tal senso un efficace mezzo di prevenzione.

Nel periodo 2014-2017 a livello di Pool nazionale e in Regione Piemonte il dato relativo agli intervistati, con meno di 65 anni, che riferiscono di essersi sottoposti alla vaccinazione è del 7%, in ASL CN1 il dato risulta del 6%.

Tra le persone affette da patologie croniche (almeno una delle seguenti: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato) a livello di Pool nazionale PASSI e di Regione Piemonte risulta vaccinato rispettivamente oltre il 20% e il 21%, in ASL CN1 il 16%.

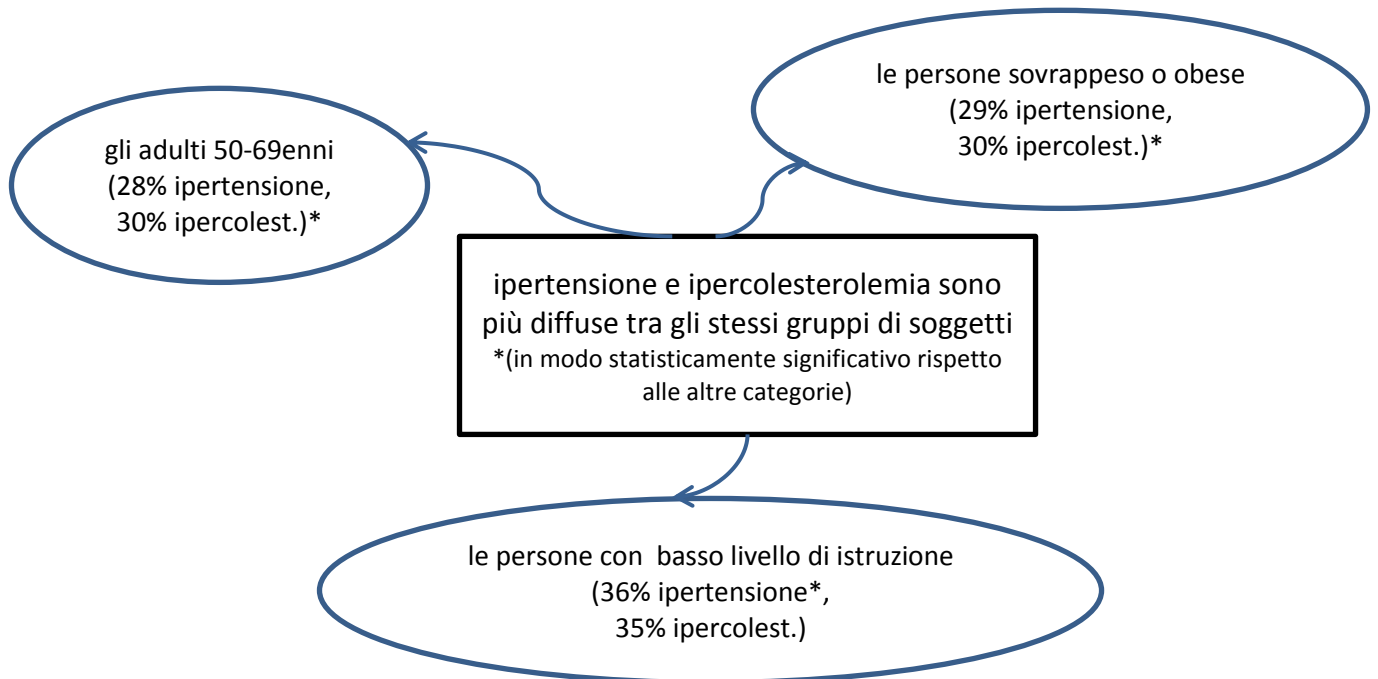
✓ **Ipertensione e ipercolesterolemia**

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano il 35% di tutti i decessi maschili e il 43% di quelli femminili e hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione). Notevole anche l'impatto economico complessivo stimato per l'Unione Europea, pari annualmente a circa 196 miliardi di euro (fonte dati: Organizzazione Mondiale della Sanità).

Per il monitoraggio di questo parametro, PASSI utilizza indicatori relativi alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia.

Nell'ASL CN1 il 16% degli intervistati, ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione, a livello di Pool nazionale il dato è del 20% e in Piemonte si assesta sul 19%. Per quanto riguarda ipercolesterolemia la prevalenza in ASL CN1 è in linea con quella regionale e nazionale: 22% tra gli intervistati PASSI in ASL CN1 e nel pool regionale, 23% nel pool nazionale.

**Fig. 2 – Prevalenza di ipertensione e di ipercolesterolemia tra le categorie di intervistati PASSI
ASL CN1 periodo 2014-2017**



✓ Le differenze di genere nella salute percepita

La medicina di genere si pone l'obiettivo di comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute e sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, nonché sui risultati delle terapie. Pertanto le esigenze di salute nel genere maschile e femminile costituiscono uno strumento per misurare e programmare gli interventi di sanità pubblica, attraverso l'appropriatezza della diagnosi e della cura in un'ottica di genere.

La salute riferita rilevata in PASSI permette di valutare alcuni di questi aspetti, attraverso la rappresentatività del campione (stratificato per genere) rispetto alla popolazione di riferimento.

In ASL CN1 da gennaio 2014 a dicembre 2017 sono state intervistate 528 donne (di cui 40 cittadine straniere) e 572 uomini (di cui 38 cittadini stranieri).

I seguenti indicatori socio-demografici mostrano delle differenze tra i due sessi. Le donne hanno un'istruzione leggermente più elevata degli uomini: il 60% delle donne ha un diploma di scuola superiore o di laurea contro il 58% degli uomini. Vive solo il 7% delle donne e il 14% degli uomini. Il 62% delle donne ha un'occupazione lavorativa, il 5% è in cerca di lavoro e il 33% è inattivo; tra gli uomini queste percentuali sono rispettivamente dell'80%, del 4% e del 16%.

Nelle differenze di genere in termini di salute è importante comprendere come le persone percepiscano il proprio stato di salute e come emerga il loro stile di vita.

Entrambi i sessi giudicano il proprio stato di salute positivamente: il 74% delle donne e il 76% degli




uomini ritiene di stare bene o molto bene. Entrambi i sessi hanno un'auto percezione non corretta del proprio peso corporeo, anche se in direzione opposta. Le donne tendono a sovrastimare il proprio peso il 12% delle donne sotto/normopeso ritiene il proprio peso elevato rispetto al 2% degli uomini; mentre il 54% degli uomini in sovrappeso e il 10% degli obesi ritiene che il proprio peso sia corretto, mentre tra le donne soltanto il 26% di quelle sovrappeso ritiene di avere un peso adeguato e nessuna di quelle obese (tutti i valori sono significativamente diversi tra loro).




La tabella 7 mostra le differenze di genere nello stile di vita e mostra come le donne seguano uno stile di vita più corretto rispetto agli uomini. Si osservano infatti una proporzione di donne in eccesso ponderale inferiore rispetto agli uomini (25% contro 40%), una percentuale più elevata di donne che consumano frutta e verdura come raccomandato (20% contro 9%), e una minor abitudine al fumo (18% contro 30%). Inoltre, le donne riferiscono consumi meno frequenti di alcol binge (2% contro 13%) o comunque a maggior rischio (9% contro 25%), si mettono meno frequentemente degli uomini alla guida sotto l'effetto di alcol (3% contro 7%).

Tuttavia permangono i seguenti fattori critici in entrambi i sessi: la sedentarietà (30% nelle donne e 24% negli uomini), il non sufficiente utilizzo regolare della cintura di sicurezza posteriore in auto (44% donne e 39% uomini), la difficoltà nell'uso dispositivi di sicurezza per bambini 0-6 anni (14% donne e 11% uomini).

Si osserva, inoltre, una diversa percezione nei due sessi rispetto alla possibilità di subire un infortunio domestico: il 5% delle donne ritiene possibile il verificarsi di un infortunio in casa contro il 2% degli uomini, anche se le donne sono meno propense a modificare i propri comportamenti abituali dopo aver ricevuto delle informazioni su come prevenire tali incidenti (16% donne contro 20% uomini).

Tab. 7 – Differenze di genere nello stile di vita tra gli intervistati PASSI in ASL CN1 (periodo 2014-2017)

		
STATO NUTRIZIONALE		
è in eccesso ponderale*	25%	40%
segue una dieta (solo per persone in eccesso ponderale)	26%	16%
ATTIVITÀ FISICA		
è completamente sedentario	30%	24%
ALIMENTAZIONE		
<i>Five a day</i> (consumo di almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno)*	20%	9%

		
ALCOL		
Consumo <i>binge</i> (5 o più unità alcoliche nell'uomo, 4 o più nella donna)*	2%	13%
Consumo a maggior rischio (fuori pasto e/o <i>binge</i> e/o abitualmente elevato)*	9%	25%
FUMO		
Fumatore*	18%	30%
Ex fumatore*	12%	22%
SICUREZZA STRADALE		
Guida dopo assunzione di alcolici	3%	7%
Uso regolare del casco in moto	95%	98%
Uso regolare della cintura di sicurezza anteriore	96%	95%
Uso regolare della cintura di sicurezza posteriore	44%	39%
Difficoltà uso dispositivi di sicurezza per bambini 0-6 anni	14%	11%
SICUREZZA DOMESTICA		
Possibilità alta/molto alta di subire un infortunio domestico	5%	2%
Ricevuto informazioni su infortuni domestici	24%	19%
Modificato comportamento dopo informazioni	16%	20%
*differenze nelle percentuali statisticamente significative		

2.6 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno propone la presentazione del modello organizzativo aziendale, così come desunta dall'Atto Aziendale; inoltre, si presenta un breve cenno sui risultati del pre-consuntivo 2016.

2.6.1 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 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.

- **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.

- **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.

- **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.

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

Benessere organizzativo e stress lavoro-correlato

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 ed eventuale livello di valutazione approfondita effettuata mediante questionario psicosociale e interviste (individuali e di gruppo).

Esempi di indicatori di benessere e malessere organizzativo

Richiesta di trasferimento interno del personale	Numero di richieste di trasferimento interno/ n. dipendenti x 100
Assenze dal lavoro/malattia	Numero ore lavorative perse/ n. ore lavoro potenziali lavorabili da contratto x 100
Infortuni	Numero di infortuni denunciati/ n. dipendenti x 1000
Visite su richiesta del dipendente	Numero di visite/ n. dipendenti x 100

Di seguito una sintesi dell'elaborazione relative agli anni **2015-2016-2017**:

RICHIESTE DI TRASFERIMENTO INTERNO DEL PERSONALE

MACRO QUALIFICA	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
01-Direttori Struttura Complessa Ruolo Sanitario	32	0,00%	30	0,00%	23	0,00%
02-Dirigenti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.)	683	0,59%	683	0,59%	684	0,44%
03-Direttori o Dirigenti ruolo Amministrativo	26	0,00%	27	0,00%	26	0,00%
04-Direttori o Dirigenti ruolo Tecnico Professionale	7	0,00%	7	0,00%	7	0,00%
05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione	396	3,28%	404	4,70%	401	3,74%
06-Personale Tecnico Professionale	280	1,43%	266	2,26%	255	3,14%
07-Personale Infermieristico	1.476	6,64%	1.481	9,93%	1.491	10,06%
08-OSS / OTA	386	10,38%	393	14,26%	388	19,33%
09-Personale Amministrativo	496	2,62%	483	2,07%	471	2,12%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,55%	3.774	6,41%	3.748	6,96%

RUOLO	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
01-RUOLO SANITARIO	2.589	4,44%	2.599	6,54%	2.600	6,46%
02-RUOLO PROFESSIONALE	7	0,00%	8	0,00%	8	0,00%
03-RUOLO TECNICO	671	6,56%	665	9,33%	650	12,77%
04-RUOLO AMMINISTRATIVO	516	2,52%	502	1,99%	490	2,04%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,55%	3.774	6,41%	3.748	6,96%

SESSO	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
F	2.773	5,27%	2.775	7,32%	2.775	8,40%
M	1.010	2,57%	999	3,90%	973	2,88%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,55%	3.774	6,41%	3.748	6,96%

FASCIA ANZIANITA'	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
a) < 1 anno	88	5,70%	75	13,41%	91	6,61%
b) 1-5 anni	288	4,52%	274	6,58%	311	9,34%
c) 6-10 anni	496	7,46%	531	8,28%	516	9,69%
d) 11-20 anni	1.103	5,26%	1.127	8,78%	1.102	7,53%
e) 21-30 anni	1.251	3,28%	1.210	4,22%	1.125	5,96%
f) > 30 anni	558	3,22%	557	3,59%	603	4,31%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,55%	3.774	6,41%	3.748	6,96%

FASCIA ETA'	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
b) 21-30 anni	108	8,37%	105	10,48%	105	4,78%
c) 31-40 anni	524	7,06%	508	10,05%	507	10,66%
d) 41-50 anni	1.376	5,38%	1.309	7,95%	1.240	8,95%
e) > 50 anni	1.775	2,93%	1.851	4,11%	1.895	4,80%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,55%	3.774	6,41%	3.748	6,96%

AREA	ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
10-AREA MEDICA (Dirigenza)	656	0,61%	652	0,46%
20-AREA NON MEDICA (Dirigenza)	90	0,00%	87	0,00%
30-AREA COMPARTO	3027	7,86%	3.007	8,58%
36-AREA MEDICA PENITENZIARIA DIPENDENTI	1	0,00%	1	0,00%
TOTALE COMPLESSIVO	3774	6,41%	3.748	6,96%

*Dato disponibile dal 2016

ASSENZE DAL LAVORO PER MALATTIA

MACRO QUALIFICA	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE
01-Direttori Struttura Complessa Ruolo Sanitario	781,5333333	1,33%	296,4	0,55%	435,1166667	1,02%
02-Dirigenti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.)	21.722,88333	1,79%	16.446,8	1,38%	18.766,41667	1,59%
03-Direttori o Dirigenti ruolo Amministrativo	2.413,9	5,16%	843,6	1,79%	888,8333333	1,95%
04-Direttori o Dirigenti ruolo Tecnico Professionale	38	0,28%	15,2	0,12%	159,6	1,26%
05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione	18.723,35	3,46%	16.950,11667	3,08%	18.917,53333	3,47%
06-Personale Tecnico Professionale	18.247,93333	4,39%	18.530,63333	4,72%	16.210,56667	4,37%
07-Personale Infermieristico	76.354,4	3,64%	75.025,7	3,56%	64.279,66667	3,05%
08-OSS / OTA	29.018	5,32%	28.182,41667	5,06%	30.608,68333	5,59%
09-Personale Amministrativo	20.418,16667	2,89%	20.494,38333	2,98%	19.765,45	2,98%
TOTALE COMPLESSIVO	187.718,1667	3,33%	176.785,25	3,16%	170.031,8667	3,08%

RUOLO	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE
01-RUOLO SANITARIO	115.797,3667	3,01	108.719,0167	2,79%	102.426,7333	2,64%
02-RUOLO PROFESSIONALE	22,8	0,17%	15,2	0,11%	38	0,27%
03-RUOLO TECNICO	47.253,26667	4,87%	46.779,85	4,87%	47.011,65	5,06%
04-RUOLO AMMINISTRATIVO	22.844,73333	3,07%	21.271,18333	2,95%	20.555,48333	2,95%
TOTALE COMPLESSIVO	187.718,1667	3,33%	176.785,25	3,16%	170.031,8667	3,08%

SESSO	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE
F	154.647,7167	3,91%	147.049,55	3,72%	136.091,9167	3,46%
M	33.070,45	1,97%	29.735,7	1,81%	33.939,95	2,14%
TOTALE COMPLESSIVO	187.718,1667	3,33%	176.785,25	3,16%	170.031,8667	3,08%

FASCIA ANZIANITA'	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE
a) < 1 anno	1.506,166667	1,00%	1.603,85	1,34%	1.813,716667	1,23%
b) 1-5 anni	10.093,63333	2,16%	5.457,25	1,22%	9.577	1,92%
c) 6-10 anni	19.200,91667	2,59%	23.852,33333	2,99%	23.702,48333	3,06%
d) 11-20 anni	57.126,35	3,54%	55.851,71667	3,41%	49.019,08333	3,08%
e) 21-30 anni	61.029,1	3,33%	57.163,96667	3,23%	48.993,18333	3,01%
f) > 30 anni	38.762	4,68%	32.856,13333	3,98%	36.926,4	4,18%
TOTALE COMPLESSIVO	187.718,1667	3,33%	176.785,25	3,16%	170.031,8667	3,08%

FASCIA ETA'	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE
b) 21-30 anni	2.875,65	1,76%	2.855,75	1,77%	3.667,00	2,28%
c) 31-40 anni	18.685,88	2,38%	16.471,4	2,15%	13.697,88	1,80%
d) 41-50 anni	55.993,43	2,84%	53.861,13333	2,87%	46.376,83	2,62%
e) > 50 anni	110.134,40	4,06%	103.589,7667	3,71%	106.290,15	3,76%
TOTALE COMPLESSIVO	187.718,1667	3,33%	176.785,25	3,16%	170.031,8667	3,08%

AREA	ANNO 2016*		ANNO 2017	
	N. ORE MALATTIA	INDICATORE	N. ORE MALATTIA	INDICATORE
10-AREA MEDICA (Dirigenza)	15.691,28333	1,37%	18.235,98333	1,61%
20-AREA NON MEDICA (Dirigenza)	1.860,316667	1,21%	2.013,983333	1,36%
30-AREA COMPARTO	159.183,25	3,71%	149.781,9	3,53%
36-AREA MEDICA PENITENZIARIA DIPENDENTI	50,4	4,40%	0	0,00%
TOTALE COMPLESSIVO	176.785,25	3,16%	170.031,8667	3,08%

*Dato disponibile dal 2016

INFORTUNI	ANNO 2015			ANNO 2016		
	MACRO QUALIFICA	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI
01-Direttori Struttura Complessa Ruolo Sanitario	3	32	92,54	0	30	0,00
02-Dirigenti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.)	34	683	49,77	36	683	52,68
03-Direttori o Dirigenti ruolo Amministrativo	0	26	0,00	0	27	0,00
04-Direttori o Dirigenti ruolo Tecnico Professionale	0	7	0,00	0	7	0,00
05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione	14	396	35,32	12	404	29,68
06-Personale Tecnico Professionale	11	280	39,26	11	266	41,41
07-Personale Infermieristico	107	1.476	72,48	94	1.481	63,48
08-OSS / OTA	35	386	90,79	27	393	68,78
09-Personale Amministrativo	12	496	24,22	7	483	14,50
TOTALE COMPLESSIVO	216 + 43 itinere	3.783	57,10	187 + 30 itinere	3.774	49,55
	ANNO 2017					
MACRO QUALIFICA	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE			
01-Direttori Struttura Complessa Ruolo Sanitario	0	23	0,00			
02-Dirigenti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.)	43	684	62,91			
03-Direttori o Dirigenti ruolo Amministrativo	0	26	0,00			
04-Direttori o Dirigenti ruolo Tecnico Professionale	0	7	0,00			
05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione	16	401	39,86			
06-Personale Tecnico Professionale	9	255	35,27			
07-Personale Infermieristico	95	1.491	63,72			
08-OSS / OTA	27	388	69,59			
09-Personale Amministrativo	7	471	14,86			
TOTALE COMPLESSIVO	197 + 27 itinere	3.748	52,57			

	ANNO 2015			ANNO 2016		
RUOLO	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE
01-RUOLO SANITARIO	158	2.589	61,02	142	2.599	54,64
02-RUOLO PROFESSIONALE	0	7	0,00	0	8	0,00
03-RUOLO TECNICO	46	671	68,58	38	665	57,16
04-RUOLO AMMINISTRATIVO	12	516	23,27	7	502	13,94
TOTALE COMPLESSIVO	216 + 43 itinere	3.783	57,10	187 + 30 itinere	3.774	49,55

	ANNO 2017		
RUOLO	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE
01-RUOLO SANITARIO	154	2.600	59,24
02-RUOLO PROFESSIONALE	0	8	0,00
03-RUOLO TECNICO	36	650	55,41
04-RUOLO AMMINISTRATIVO	7	490	14,28
TOTALE COMPLESSIVO	197+ 27 itinere	3.748	52,57

	ANNO 2015			ANNO 2016		
SESSO	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE
F	154	2.790	60,59	134	2.775	48,29
M	50	1.014	47,53	53	999	53,05
TOTALE COMPLESSIVO	204 + 43 itinere	3.803	57,10	187 + 30 itinere	3.774	49,55

	ANNO 2017		
SESSO	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE
F	143	2.775	51,53
M	54	973	55,52
TOTALE COMPLESSIVO	197 + 27 itinere	3.748	52,57

	ANNO 2015			ANNO 2016		
FASCIA ANZIANITA'	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE
a) < 1 anno	6	88	68,44	7	75	93,85
b) 1-5 anni	22	288	76,52	26	274	94,98
c) 6-10 anni	37	496	74,60	27	531	50,82
d) 11-20 anni	67	1.103	60,76	60	1.127	53,23
e) 21-30 anni	57	1.251	45,58	40	1.210	33,06
f) > 30 anni	27	558	48,37	27	557	48,45
TOTALE COMPLESSIVO	216 + 43 itinere	3.783	57,10	187 + 30 itinere	3.774	49,55
	ANNO 2017					
FASCIA ANZIANITA'	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE			
a) < 1 anno	12	91	132,11			
b) 1-5 anni	23	311	74,05			
c) 6-10 anni	39	516	75,56			
d) 11-20 anni	56	1.102	50,84			
e) 21-30 anni	41	1.125	36,44			
f) > 30 anni	26	603	43,09			
TOTALE COMPLESSIVO	197 + 27 itinere	3.748	52,57			

	ANNO 2015			ANNO 2016		
FASCIA ETA'	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE
b) 21-30 anni	11	108	102,33	6	105	57,14
c) 31-40 anni	42	524	80,11	36	508	70,92
d) 41-50 anni	77	1.376	55,97	66	1.309	50,43
e) > 50 anni	86	1.775	48,46	79	1.851	42,68
TOTALE COMPLESSIVO	216 + 43 itinere	3.783	57,10	187 + 30 itinere	3.774	49,55
	ANNO 2017					
FASCIA ETA'	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE			
b) 21-30 anni	11	105	105,18			
c) 31-40 anni	41	507	80,92			
d) 41-50 anni	59	1.240	47,56			
e) > 50 anni	86	1.895	45,38			
TOTALE COMPLESSIVO	197 + 27 itinere	3.748	52,57			

	ANNO 2016			ANNO 2017		
AREA	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE	N. INFORTUNI	N. DIPENDENTI	INDICATORE
10-AREA MEDICA (Dirigenza)	34	656	51,81	39	652	59,81
20-AREA NON MEDICA (Dirigenza)	1	90	11,16	4	87	45,80
30-AREA COMPARTO	151	3.027	49,88	154	3.007	51,21
36-AREA MEDICA PENITENZIARIA DIPENDENTI	1	1	1.000,00	0	1	0,00
TOTALE COMPLESSIVO	187 + 30 itinere	3.774	49,55	197 + 27 itinere	3.748	52,57

*Dato disponibile dal 2016

VISITE SU RICHIESTA DEL LAVORATORE

MACRO QUALIFICA	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
01-Direttori Struttura Complessa Ruolo Sanitario	32	0,00%	30	0,00%	23	0,00%
02-Dirigenti Ruolo Sanitario (Medici, Psicologi, Biologi, etc.)	683	0,88%	683	1,46%	684	1,02%
03-Direttori o Dirigenti ruolo Amministrativo	26	0,00%	27	0,00%	26	0,00%
04-Direttori o Dirigenti ruolo Tecnico Professionale	7	0,00%	7	0,00%	7	0,00%
05-Personale Tecnico Sanitario e di Riabilitazione	396	3,78%	404	2,72%	401	4,48%
06-Personale Tecnico Professionale	280	3,93%	266	4,89%	255	7,05%
07-Personale Infermieristico	1.476	4,88%	1.481	4,52%	1.491	5,90%
08-OSS / OTA	386	10,38%	393	9,17%	388	15,21%
09-Personale Amministrativo	496	1,61%	483	2,90%	471	3,82%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,02%	3.774	4,00%	3.748	5,55%

RUOLO	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
01-RUOLO SANITARIO	2.589	3,59%	2.599	3,39%	113	4,35%
02-RUOLO PROFESSIONALE	7	0,00%	8	0,00%	0	0,00%
03-RUOLO TECNICO	671	7,60%	665	7,37%	77	11,85%
04-RUOLO AMMINISTRATIVO	516	1,55%	502	2,79%	18	3,67%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,02%	3.774	4,00%	3.748	5,55%

AREA	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
10-AREA MEDICA (Dirigenza)	658	0,91%	656	1,52%	652	0,92%
20-AREA NON MEDICA (Dirigenza)	90	0,00%	90	0,00%	87	1,15%
30-AREA COMPARTO	3.034	4,81%	3.027	4,66%	3.007	6,68%
36-AREA MEDICA PENITENZIARIA DIPENDENTI	1	0,00%	1	0,00%	1	0,00%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,02%	3.774	4,00%	3.748	5,55%

SESSO	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
F	2.773	4,80%	2.775	4,68%	2.775	6,74%
M	1.010	1,88%	999	2,10%	993	2,16%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,02%	3.774	4,00%	3.748	5,55%

FASCIA ANZIANITA'	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
a) < 1 anno	88	0,00%	75	2,68%	91	2,20%
b) 1-5 anni	288	2,78%	274	2,92%	311	2,90%
c) 6-10 anni	496	2,62%	531	4,52%	516	4,65%
d) 11-20 anni	1.103	4,44%	1.127	4,79%	1.102	6,17%
e) 21-30 anni	1.251	4,24%	1.210	3,89%	1.125	5,78%
f) > 30 anni	558	5,19%	557	2,87%	603	6,63%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,02%	3.774	4,00%	3.748	5,55%

FASCIA ETA'	ANNO 2015		ANNO 2016		ANNO 2017	
	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE	POP	INDICATORE
b) 21-30 anni	108	1,86%	105	4,76%	105	0,96%
c) 31-40 anni	524	1,72%	508	2,17%	507	3,55%
d) 41-50 anni	1.376	4,43%	1.309	4,13%	1.240	4,60%
e) > 50 anni	1.775	4,51%	1.851	4,38%	1.895	6,97%
TOTALE COMPLESSIVO	3.783	4,02%	3.774	4,00%	3.748	5,55%

2.6.3 Le risorse finanziarie

Come risulta dal prospetto tratto del Conto Economico Nuova Aggregazione ministeriale (c.d. Grafico FEC), nel confronto fra i dati del III trimestre 2018 e quelli del III trimestre 2017, sono in aumento di 9,45 milioni di euro.

Voce di CE nuova aggregazione	III Trimestre 2018	III Trim 2017	Variazione Assoluta	Variazione Relativa
Totale costi gestione ordinaria	415.952	406.502	9.450	2,32%

Fra le motivazioni principali degli aumenti si ricordano l'applicazione dei nuovi LEA (es. voci a, b, c), il rinnovo del contratto collettivo nazionale del personale del comparto, l'operatività, sin dall'inizio dell'anno del Numero Unico Europeo 112.

Di seguito si dettagliano gli aumenti di costo più importanti:

- a) L'acquisto farmaci (es. farmaci innovativi oncologici, nuove terapie) per 2.441 mila euro, di cui 1.851 mila euro per distribuzione diretta;
- b) L'acquisto di "beni per assistenza integrativa compresa nei LEA (non compresa DM 332/1999)" di cui al conto 3100149, in aumento di 512 mila (es. acquisto microinfusori per il trattamento dei diabetici);
- c) L'aumento dei vaccini acquistati dall'ASL CN1, per 168 mila euro;
- d) L'incremento del costo relativo alle manutenzioni, con particolare riferimento agli immobili, alle attrezzature ed al software, per complessivi 1,12 milioni di euro;
- e) L'attuazione contabile, nei flussi di attività, delle disposizioni regionali inerenti il laboratorio unico presso l'ASL S. Croce e Carle, il cui costo viene valorizzato dalla Regione in aumento di 508 mila euro;
- f) Il rinnovo del contratto del personale del comparto, che genera un incremento della spesa del Personale per 3.674 mila euro annui;
- g) L'aumento del costo per l'attività del NUE 112, per euro 414.046 annui.

Il bilancio di previsione 2018 versione uno (deliberazione n. 37 del 31/1/2018) prevedeva manovre di efficientamento per 1,046 milioni di euro.

Le attività di efficientamento proseguono e verranno valutate, dalla Regione Piemonte, nell'ambito degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

3. Obiettivi Strategici

3.1 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 schede operative in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate. E' da sottolinearsi la ricerca che nel corso degli anni si è sempre di più affinata non solo nella definizione degli obiettivi, ma anche sulle loro misure e sui mezzi per conseguirli.

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

L'ASL CN1 revisiona annualmente il proprio sistema di budget per mantenerlo in linea con le esigenze strategiche, correlando con le evoluzioni normative e strutturando nella logica organizzativa che via via sta sviluppando, per ottenere, così, una maggiore copertura del sistema degli obiettivi rispetto alla propria organizzazione ed ai propri ambiti di intervento, secondo un modello che esplicita in modo anche visivo il passaggio dai cardini della programmazione aziendale alla partecipazione di tutti i livelli di responsabilità nei processi di gestione.

Il sistema adottato dall'ASL CN1, descritto già nel Sistema di Misurazione della Performance (SMVP) e nei piani della performance degli anni scorsi, si pone nella strada di Kaplan e Norton alla ricerca delle principali aree chiave di performance, seguendo la sequenza logica delle relazioni di causa ed effetto, per ottenere i risultati strategici attesi facendo leva sui determinanti degli stessi.

L'albero della performance dell'ASL CN1 si basa come su una struttura che organizza gli aspetti della strategia rispetto agli ambiti in cui si sviluppa, attraverso l'individuazione di macrocategorie (definite prospettive) che si articolano in fattori da monitorare (definiti dimensioni): nel dettaglio poi ogni aspetto viene concretizzato in obiettivi che definiscono i progetti dal punto di vista operativo, con la caratterizzazione di indicatori e target di riferimento.

A partire dal mese di settembre 2018, la Direzione Generale, in collaborazione con le Strutture in

Staff, ha messo in atto il processo di pianificazione. Attraverso degli incontri con i dirigenti avvenuti nel mese di ottobre e novembre è stato presentato il Programma “DARE VOCE AI PROFESSIONISTI” che si prefigge, dopo un confronto con la Direzione Strategica, di condividere delle ipotesi di piani di miglioramento delle performance di innovazione organizzativa che saranno supportate dalle Strutture di Staff. In particolare, lo sviluppo di tali Piani vertono su tre punti:

- DEFINIZIONE DEL POSIZIONAMENTO STRATEGICO, in ambito clinico-assistenziale, del Dipartimento e delle sue aree nel più ampio contesto provinciale, regionale e nazionale con ipotesi di sviluppo nello scenario futuro;
- PROFILO DI COMPETENZE DEL PERSONALE INTERNO in modo da avviare un processo di sviluppo e monitoraggio delle competenze dei singoli professionisti;
- SVILUPPO DI UN PIANO FORMATIVO di Dipartimento mirato a generare “apprendimento di sistema”.

Uno dei valori aggiunti di medio-lungo periodo di questo impianto è quello di far emergere i “leader naturali” dei processi di innovazione organizzativa andando oltre la rete delle responsabilità gerarchiche formali.

Pertanto, è stato richiesto ad ogni Dipartimento, in collaborazione con i propri servizi interni, di individuare delle aree di sviluppo e/o dei target di pazienti-utenti prioritari.

L’iter seguito dai Dipartimenti è stato il seguente:

- Identificazione delle aree di sviluppo e/o target critici di pazienti definiti attraverso la risposta ad alcuni interrogativi: perché la scelta dell’area o del target, quali Dati, quali Evidenze, quali Proiezioni strategiche, quali Buone Pratiche, quale Sostenibilità, quali Risultati attesi, quali Indicatori;
- Gestione dell’innovazione attraverso un processo di coinvolgimento attivo dei diversi attori del contesto organizzativo;
- Dare evidenza alle Performance ed ai risultati e riconoscimento ai Best Performer secondo il principio dell’accountability e del dare a chi produce valore.

Per attuare quanto sopra, al fine di condividere la cornice metodologica e l’articolazione progettuale, è stata inviata una griglia per la presentazione dei programmi alla Direzione Aziendale.

Le proposte sono pervenute in prevalenza in modo complessivo per Dipartimenti, grazie all’effettivo ruolo svolto dai Direttori di Dipartimento, che hanno organizzato riunioni ed incontri di approfondimento, guidando e coordinando le discussioni e soprattutto avviando sin dalla fase

propositiva la condivisione del processo di budget; la ricerca di possibili denominatori comuni di progettualità tra le diverse strutture è stata talvolta piuttosto complessa, ma la sintesi che ne è emersa può rappresentare un efficace riscontro per la Direzione Generale di un atteggiamento costruttivo e collaborativo dei Dirigenti. Il quadro che emerge è in effetti di un'Azienda che cerca di cogliere gli aspetti problematici non soltanto nei servizi erogati dall'ASL, ma anche di collaborazione nel trovare soluzioni praticabili, vincendo gli inutili atteggiamenti di mera denuncia e rivendicazione.

Nel mese di gennaio 2019, la Direzione Aziendale ha creato un gruppo di lavoro composto principalmente dalle Strutture di Staff con il quale si sono svolti degli incontri nei quali sono state analizzate le proposte pervenute e si è deciso quali progetti inserire nelle schede di budget e quali dovessero essere considerati finalità da perseguire come buona pratica.

Le proposte pervenute ricoprono le macro-aree, definite anche dalla Regione, relative a: Piano locale cronicità, Innovazione della Cura, Innovazione organizzativa, Empowerment, Miglioramento qualità, Sviluppo organizzativo.

Le proposte vengono integrate nella strategia aziendale e vanno a costituire obiettivi di budget ove siano compatibili con le risorse e la programmazione aziendale, insieme ad eventuali altri obiettivi che la Direzione stabilisce di affrontare per risolvere problemi che essa giudica prioritari per l'Azienda (affiancando a questo iter bottom-up un tratto top-down).

Il puzzle in cui vanno a comporsi questi due aspetti è formato da tanti tasselli, che accolgono ognuno i diversi impegni, le diverse sensibilità e le diverse prospettive che poste una accanto all'altra conferiscono all'insieme un'unica visione dell'Azienda.

Si riporta di seguito la scheda su cui i Dipartimenti hanno riportato le loro proposte:

SCHEDA DI PIANO DIPARTIMENTALE 2019

DIPARTIMENTO _____ AREE DEL DIP.TO DIRETTAMENTE INTERESSATE AL PIANO: _____ REFERENTI DEL PIANO (NOMI, QUALIFICHE, SEDI DI LAVORO, RECAPITI): _____	
ARTICOLAZIONE DELL'IPOTESI PER IL 2019 (utilizzare una Scheda per ogni ipotesi)	
AREA DI SVILUPPO e/o TARGET CRITICO	
SPECIFICHE DELLA SCELTA DI AREA DI SVILUPPO/TARGET (caratteristiche, rilevanza, possibili cause degli aspetti critici, evidenze,...)	
ANALISI DEL CONTESTO (dati, attori coinvolti, interfacce, prospettive, sostenibilità, risultati attesi,...)	
SERVIZI E ATTORI COINVOLTI INTRA- ED EXTRA-DIPARTIMENTALI (segnalare eventuali necessità di intervento della Direzione Aziendale, ma è auspicabile che, prima della presentazione del Piano, si siano già effettuati i passaggi di potenziale raccordo ed integrazione con i servizi e/o attori extra-dipartimentali: segnalare esiti)	
RACCORDO CON DIREZIONI DI PRESIDIO OSPEDALIERO e/o DI DISTRETTO e/o CON SERVIZI DELL'ASO (segnalare, nello specifico, le caratteristiche del raccordo e se l'ipotesi è già stata presentata e condivisa con gli interessati)	
RISULTATI CHE SI INTENDE PERSEGUIRE NEL 2019 NELL'AREA DI SVILUPPO O NEL TARGET PRESCELTI	
EVENTUALI NOTE	

La scheda sopra riportata è stata in alcuni casi corredata di allegati quali: dati di contesto, dati di produzione e dati di letteratura citati nel piano, PDTA già esistenti.

In sostanza, si è proposto un censimento dei problemi affrontabili come progetti per il budget 2019, redigendone una sorta di inventario: a partire dalla formulazione del problema (con la definizione del campo di intervento, inteso come bisogno a cui si intende dare una risposta), lo studio di fattibilità (con le diverse ipotesi di soluzione, analizzate in parallelo alle condizioni, le risorse, i tempi e i costi necessari per la realizzazione) conduce alla definizione operativa del progetto e quindi dell'obiettivo.

Gli obiettivi aziendali dovranno essere quindi strutturati, seguendo il modello regionale che li definisce, in schede descrittive che secondo quanto stabilito dal D.Lgs 150/09 definiscono le caratteristiche dell'obiettivo (il risultato atteso, il target e le scadenze); sarà quindi interessante trasferire in questo sistema la logica del sistema di budget adottato fino al 2018 che aveva la consuetudine di individuare inoltre un Referente aziendale che, in qualità di "esperto" si occupa di seguirne l'iter e di collaborare con la Direzione Generale per gli aspetti operativi del sistema stesso (quali Strutture devono essere coinvolte in ciascun obiettivo, in che modo declinare gli obiettivi...). La strategia che ne risulta è la riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'ASL CN1 intende perseguirli.

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

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

A tal fine le risorse umane ed economiche vengono utilizzate secondo criteri di qualità ed appropriatezza, in un'ottica di governo clinico. Per Clinical Governance si intende una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. Il significato concettuale di clinical governance è l'utilizzo di una maniera di gestione in ambito sanitario basato su un nuovo modello di come fare le cose (nuove logiche operative): è quindi un nuovo modo di gestire e governare le attività che poggia su quattro aspetti fondamentali: la responsabilità, la

trasparenza, il coinvolgimento e la partecipazione, l'etica e valore del lavoro. L'attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema, realizzato grazie all'integrazione di numerosi strumenti complementari: formazione continua, gestione del rischio, audit clinico, evidence-based medicine, linee guida e percorsi assistenziali, valutazione delle tecnologie sanitarie, sistemi informativi per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, ricerca e sviluppo, coinvolgimento dei pazienti, etc. Tali strumenti non possono essere utilizzati in maniera occasionale ma devono essere integrati in tutti i processi di governo dell'organizzazione sanitaria.

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 di nomina del Direttore Generale, definiti con la D.G.R. n. 13-6932 del 29/05/2018, sono i seguenti:

1. Governo dei tempi di attesa.

Dare pieno sviluppo, con riferimento all'Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogena di afferenza, alla programmazione regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale, lavorando parallelamente sul fronte della domanda e su quello dell'offerta, al fine di produrre un significativo miglioramento della capacità di risposta nelle tempistiche di erogazione delle prestazioni in una logica di efficienza organizzativa e appropriatezza clinica.

2. CUP.

Porre in essere tutti i provvedimenti aziendali necessari a sostegno dell'attivazione del Centro Unificato Prenotazioni della Regione Piemonte.

3. Sanità Digitale.

L'attuazione degli interventi declinati dalla programmazione regionale in materia di sanità digitale richiede la coerente attuazione dei Progetti regionali per il triennio 2018-2020 attraverso un governo aziendale attivo che assicuri la realizzazione degli interventi per l'alimentazione del FSE-SoL Piemontese. Inoltre, in attuazione tra l'altro al DM 2 novembre 2011 e le disposizioni regionali conseguenti, la ricetta cartacea, di cui al decreto 17 marzo 2008, è sostituita dalla ricetta dematerializzata generata dal medico prescrittore. In proposito gli Enti del SSR dovranno definire e porre in essere i necessari interventi finalizzati alla completa dematerializzazione delle prescrizioni delle ricette mediche, da parte di tutti i medici autorizzati, nel rispetto delle normative nazionali che regolamentano la prescrizione medica e garantire il completamento, nel rispetto delle normative nazionali, del ciclo di vita delle ricette dematerializzate (presa in carico ed erogazione) da parte di tutti gli erogatori autorizzati.

4. Piano Regionale Cronicità e Case della Salute.

Attuazione e pieno sviluppo delle disposizioni previste dal Piano Regionale Cronicità e successive modifiche ed integrazioni.

Attuazione e pieno sviluppo della programmazione regionale relativamente all'operatività delle Case della Salute sul territorio regionale, quali forme organizzative complesse dell'Assistenza primaria, di tipo polifunzionale e multi-professionale, destinate ad intercettare ed a rispondere in forma appropriata e continuativa nell'arco dell'intera giornata ai bisogni di salute della popolazione in ambito extraospedaliero, con particolare riferimento alle patologie croniche e a maggior impatto sociale. Rafforzamento della funzione di committenza e della presa in carico da parte del Distretto anche attraverso il ruolo del MMG e di tutto il complesso delle cure primarie in una prospettiva di sistema unico multicentrico integrato, nella chiarezza dei ruoli e delle responsabilità.

5. Piano Regionale di Prevenzione.

Attuazione, con riferimento all'Azienda di competenza, e in integrazione con le altre Aziende presenti nell'area omogena di afferenza, di tutti i macro-obiettivi e di tutti gli obiettivi centrali del Piano Regionale di Prevenzione, con particolare attenzione alle disposizioni in materia di prevenzione vaccinale.

Nello specifico occorre adottare annualmente il Piano Locale della Prevenzione in coerenza con gli indirizzi del Piano Regionale e nel rispetto dei tempi e delle regole per la valutazione finalizzata alla certificazione del Piano regionale da parte del Ministero della Salute.

6. Rafforzamento funzione di committenza.

Dare pieno sviluppo alla funzione di committenza generale delle ASL rispetto ai fabbisogni della propria popolazione ed alla struttura della rete di offerta del territorio di propria competenza e consolidamento della capacità di contrattazione di tipologia e volumi di prestazioni con le strutture eroganti pubbliche e private, nell'ambito del perimetro regolatorio definito a livello regionale.

7. Equilibrio Economico-Finanziario.

Le Aziende dovranno assicurare un obiettivo di efficientamento finalizzato ad assicurare un'incidenza dei costi rispetto ai ricavi secondo le disposizioni emanate dalla Regione. Per le Aziende territoriali l'obiettivo è previsto a livello di singolo presidio a gestione diretta (inserito nella rete di E/U). Le eventuali risorse che si potranno rendere disponibili potranno essere utilizzate per programmi di sviluppo e di innovazione.

8. Edilizia Sanitaria.

Piena attuazione della programmazione prevista dal nuovo Piano della Regione sull'edilizia sanitaria.

9. Trasparenza.

Mettere in atto tutte le azioni finalizzate a dare piena rispondenza agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di trasparenza in modo da rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale.

Questi obiettivi sono oggetto di verifica di metà mandato, come da Relazione del Direttore Generale, redatta sulla base dell'art. 3 bis comma 6 del D.Lgs. 502/92, sull'attività svolta dal 11.06.2018 al 10.12.2019, che verrà trasmessa in Assessorato, dopo il parere favorevole della Conferenza dei Sindaci. La Relazione riferisce i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati e definiti nel quadro della programmazione regionale; è, quindi, un documento di consuntivazione dell'attività svolta e di performance raggiunta che viene pubblicato sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente/Performance. Sulla base della relazione pervenuta e dei pareri favorevoli raccolti, la Giunta Regionale confermerà, anche nella seconda parte del mandato, il Direttore Generale.

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali, essi sono definiti con apposita delibera dall'Assessorato regionale annualmente. In attesa della promulgazione degli obiettivi per l'anno 2019, si fa riferimento agli obiettivi definiti per l'anno 2018 con la D.G.R. n. 26-6421 del 26/01/2018, 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 2018.

Particolare riguardo è stato dato al Progetto regionale dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale che, sulla base delle indicazioni della D.G.R. 17-4817 del 27/03/2017 avente ad oggetto "Il programma regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali", nonché della successiva D.D. 269 del 18/04/2017 avente per oggetto "Il programma regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019. Individuazione dei ruoli e delle funzioni di coordinamento delle aree Omogenee di Programmazione a norma della DGR 17-4817 del 27/03/2017", ha istituito, con deliberazione n. 179 del 22/05/2017, un Gruppo di Coordinamento del 'Programma di area per il governo dei Tempi d'attesa' per l'area Omogenea Piemonte Sud-Ovest cui afferiscono le aziende sanitarie ASL CN1, ASL CN2, AO S. Croce e Carle di Cuneo, ed approvato il relativo Regolamento. Quindi, con delibera n. 215 del 14/06/2017 è stato approvato il format del "Programma di area per il governo dei tempi di attesa" per l'area omogenea Piemonte sud-ovest.

A fine gennaio 2018 il Gruppo di Coordinamento di Area Piemonte Sud-Ovest ha presentato i "Format di Area", ossia la proposta per l'anno 2018 per migliorare le criticità sulle prestazioni erogate fuori tempo massimo che contenevano le azioni sulla domanda e sull'offerta che le tre aziende intendevano perseguire nel corso dei due anni. A fine luglio 2018 sono stati elaborati due "Progetti per la riduzione dei tempi d'attesa delle prestazioni critiche" uno per i residenti ASL CN1 (congiunto ASL CN1 e AO S.Croce e Carle) e l'altro per i residenti ASL CN2 i quali contengono una iniziale analisi dei tempi d'attesa per i residenti ASL attraverso la quale vengono evidenziate le criticità dell'area in esame e viene quantificato il fabbisogno di prestazioni aggiuntive. Il tempo d'attesa, sul quale sono attualmente monitorate le Aziende Regionali, è quello utilizzato per l'assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale (DGR 26-6421 del 26/01/2018). E' calcolato cioè come differenza tra la data di erogazione e la data di prenotazione (indipendentemente dal tipo di accesso e dalla classe di priorità) delle prestazioni ambulatoriali (consumo dei residenti) erogate e inviate in regione attraverso il flusso C. Inoltre, essendo calcolato sul consumo dei residenti, dipende fortemente, oltre che dai tempi della ASL stessa, anche dall'AO e, in misura minore, da quelli delle altre aziende regionali e privati accreditati che erogano prestazioni per i residenti CN1. Nella seconda parte del progetto sono indicate le strategie 2018-2019 individuate dalle ASL per il governo della domanda e dell'offerta e sono evidenziate quindi le istanze di

fabbisogno economico per la loro attuazione. Con la DGR n. 28-7537 del 14 settembre 2018 la Regione Piemonte ha stanziato le risorse economiche necessarie per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali aggiuntive per le annualità 2018-2019.

Un altro progetto regionale di grande impatto riguarda il Piano Locale della Cronicità che recepisce il Piano Nazionale Cronicità (PNC) il quale descrive il percorso per la presa in carico del malato cronico, detta linee di indirizzo su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici e segna una svolta importante nell'approccio alla malattia in quanto la persona diventa il centro del sistema di cure; il governo della cronicità è un ambito d'intervento prioritario della programmazione socio-sanitaria regionale, che si pone l'obiettivo di ridefinire la rete d'offerta sanitaria e socio-sanitaria e di operare un progressivo riorientamento della rete territoriale e delle cure primarie, anche con il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale (MMG), per sviluppare percorsi organizzativi territoriali per la cronicità, la continuità delle cure, le attività socio-sanitarie e assistenziali e assegnando alle aziende sanitarie locali (ASL) un ruolo attivo nella programmazione locale e nelle attività di controllo e valutazione degli esiti e dei sistemi di remunerazione; il recepimento, a livello regionale, del PNC presuppone una molteplicità di azioni, finalizzate alla riprogettazione del percorso di gestione della persona con malattia cronica, che si basa sui seguenti elementi fondamentali:

- il ruolo dei MMG e di tutti gli attori delle cure primarie, in una prospettiva di "sistema unico multicentrico integrato";
- l'organizzazione di nuovi modelli e attività;
- la formazione e la partecipazione dei professionisti responsabili delle fasi del percorso di cura;
- il lavoro in rete;
- la tecnologia quale strumento abilitante al modello organizzativo e all'erogazione dei servizi;
- la valutazione degli esiti e i sistemi di remunerazione;
- i dati e le informazioni ad personam;
- un nuovo ruolo del cittadino;

A dicembre 2018 l'Azienda ha deliberato la costituzione della cabina di regia interaziendale (ASL CN1 - AO S. CROCE e CARLE) e del nucleo per la cronicità dell'ASL CN1, come richiesto dalla Regione Piemonte.

Gli obiettivi sopra elencati, come si è visto, trovano riscontro nella strategia aziendale del 2018; inoltre è possibile che vengano ribaditi attraverso un obiettivo che stimoli tutti i dirigenti alla Collaborazione e Supporto alla Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati dalla Regione; in ogni caso la programmazione aziendale si adegua alle linee guida degli obiettivi

regionali anche con riferimenti diretti sulle schede di budget: la dicitura utilizzata potrebbe essere del tipo: “Agli obiettivi della scheda di budget, che discendono dalla strategia aziendale, potranno essere aggiunti eventuali obiettivi imposti dall’Assessorato Regionale. L’Azienda considera prioritari gli obiettivi riferiti alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza (come da P.T.C.P.T. aziendale) nell’ambito della politica di promozione della legalità”.

Infine, il quadro di programmazione è completato delle politiche per la prevenzione della corruzione e la promozione di maggiori livelli di trasparenza, così come illustrato nel paragrafo seguente.

3.2 Collegamento Piano della Performance, Piano della prevenzione della corruzione e Programmazione della Trasparenza (contenuta in una sezione del PTPCT 2018-2020)

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2013) approvato l’11.09.2013 stabilisce (all’allegato 1, 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’organizzazione 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 della Programmazione della Trasparenza dell’ASL CN1 (già Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità). Secondo il dettato delle norme vigenti, entro il 31 gennaio 2019, il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (redatto sulla scorta delle deliberazioni dell’ANAC n. 831 del 3/08/2016, n. 1208 del 22/11/2017 e n. 1074 del 21 novembre 2018) e quello della Performance saranno sottoposti al Direttore Generale per l’approvazione con deliberazione. Pertanto, la Struttura aziendale dell’Anticorruzione e la Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance hanno collaborato per la raccolta di dati di interesse comune e scambiato valutazioni sulle attività svolte nel 2018 e sulle azioni da implementare o su cui porre maggiore attenzione nel 2019.

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”.

L’art. 41, c. 1, lett. h), del D.Lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell’art. 1 della legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale: “L’Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l’Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L’Organismo medesimo riferisce all’Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.”

In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPCT 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 e ss.mm.ii. costituiscono obiettivi strategici dell’ASL CN1 e che, conseguentemente e coerentemente, l’Azienda provvederà annualmente ad individuare, su motivata proposta formulata dal Responsabile della 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.

A questo proposito si richiama la nota prot. 41036 del 21/04/2016 sottoscritta dai componenti dell'O.I.V. aziendale che, in ottemperanza all'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs 150/09, ha svolto il monitoraggio complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni in forma di relazione annuale: in essa vengono analizzati, secondo i principi sopra richiamati e supportando le dichiarazioni con la documentazione prodotta dall'Azienda e i verbali degli incontri avvenuti con l'O.I.V. e i Responsabili dell'Anticorruzione e della Trasparenza aziendali, i principi del Ciclo della performance dell'ASL CN1, il sistema di misurazione della Performance organizzativa e della Performance individuale, il processo di attuazione del Ciclo della Performance, l'utilizzo che l'Azienda fa del sistema di misurazione della Performance, le modalità in cui opera il proprio monitoraggio e infine l'attuazione dei principi dell'anticorruzione e della trasparenza.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza, come sottolineato dal D. Lgs 33/2013 all'art. 10, costituisce un'area strategica, 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 e della Trasparenza riveste, in quanto non costituisce solo una parte rilevante dei programmi di attività dell'Azienda, ma ne consente 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).

L'attuazione dei principi sopra richiamati si concretizza in azioni specifiche quali:

- La conferma dell'inserimento, anche nel 2019, su tutte le schede di budget della dicitura "L'Azienda considera prioritari gli obiettivi riferiti alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza (come da PTPCT aziendale) nell'ambito della politica di promozione della legalità";
- Considerato che nel 2018 alcune Strutture aziendali hanno effettuato un'analisi più dettagliata

e approfondita di singole fasi di attività di alcuni processi anche per il 2019 verranno individuati obiettivi specifici, corredati di schede esplicative, gestite dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, al fine di dettagliare e approfondire ulteriormente altri processi/procedimenti o sottoprocessi, individuati dal RPC sulla base della valutazione dell'incidenza del rischio corruttivo;

- Il proficuo e interattivo rapporto con l'Organismo Indipendente di Valutazione, secondo gli adempimenti richiesti dalla normativa vigente.

In tal modo la legalità e la trasparenza sono perseguite nell'ASL CN1 sia a livello di performance individuale sia a livello di performance organizzativa.

4. 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 vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget.

Aver identificato le principali aree chiave di performance consente di evidenziare la sequenza logica delle relazioni di causa effetto, per ottenere i risultati strategici attesi, facendo leva sulle prospettive determinanti.

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.

Per il Ciclo dell'anno 2019, a partire dal mese di settembre 2018 si è messo in atto il processo di pianificazione che parte dalla definizione della strategia da parte della Direzione Generale, la quale ha individuato alcune specifiche aree di intervento e ha tracciato le macrolinee di indirizzo a partire dalle riunioni effettuate nei mesi di ottobre e novembre.

Pertanto, la definizione degli obiettivi implica un processo di condivisione e confronto a due vie: la prima è dal vertice verso il basso, lungo la struttura organizzativa, per articolare gli obiettivi in progetti ed attività, andando a verificare la fattibilità e i risultati attesi; la seconda via, a cui quest'anno è stata data particolare enfasi, è dal basso verso l'alto, in quanto chi opera ogni giorno su progetti e attività possiede una conoscenza "sul campo" che permette di integrare le informazioni necessarie ad una simulazione dei risultati che l'amministrazione può ambire ad ottenere.

L'ampio spettro così descritto rende il sistema del budget ricco di impegni che nasce con proposte bottom-up dai Direttori di Dipartimento; all'insieme si aggiunge poi la complessità di proseguire nei necessari processi di integrazione degli obiettivi con l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle e con l'ASL CN2. Gli obiettivi nascono anche dal confronto tra i Direttori di Dipartimento e le Direzioni Generali delle diverse aziende coinvolte ed anche le schede di budget vengono proposte come composizione di obiettivi provenienti dai diversi interlocutori aziendali.

Dalla costruzione dell'obiettivo, scaturisce (sulla base delle competenze, delle professionalità, degli interessi ed anche delle indicazioni della Direzione Generale) l'individuazione per ogni

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

Il raggiungimento degli obiettivi viene poi monitorato sulla base della tabella di seguito riportata che stabilisce le fasce di strutturazione della performance organizzativa relativa agli obiettivi aziendali attualmente in uso, 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%

Stante la fase di sperimentazione in atto, la definizione degli obiettivi del 2019 nasce come risultato dell'attività del Gruppo di Lavoro sopraccitato che valuta sulla base di criteri e item predefiniti (Aree di sviluppo individuate, impatto su aree critiche e risultati attesi) i progetti che saranno, poi, inseriti nelle schede di budget in quanto riconosciuti nell'ambito della strategia aziendale.

Lo sviluppo del sistema è finalizzato a definire un nuovo sistema di Performance aziendale (costruzione delle schede di budget, attribuzione degli obiettivi e dei relativi pesi, negoziazione), che il presente Piano descrive nella sua transizione ed evoluzione secondo le direttive della Direzione Generale.

Secondo le disposizioni della norma vigente (sia relativamente alla Performance, sia relativamente alla Trasparenza e all'Anticorruzione), il target degli obiettivi deve essere esplicitamente dichiarato in fase di definizione dell'obiettivo stesso; ad oggi, i target sono definiti con riferimento alla prima colonna con le fasce di strutturazione della performance organizzativa "Pienamente raggiunto", "Sostanzialmente raggiunto", "Parzialmente raggiunto", "Non 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, modulando nelle fasce del “Sostanzialmente raggiunto” e del “Parzialmente raggiunto” con le percentuali parametrare 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, definite da ciascun Responsabile dell'obiettivo, vengono poi traslate sulle schede di budget: per gli obiettivi di tipo quantitativo le soglie di accettabilità si riferiscono a valori; 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.

Il sistema adottato fin qui, che dovrà poi accordarsi con la nuova metodologia che si sta sperimentando, prevede che dopo la costruzione delle schede di budget, vengono quindi avviati gli incontri di negoziazione tra la Direzione Generale e i Responsabili di Struttura/Dipartimenti aziendali (previsti dall'attuale organigramma aziendale): la Direzione potrà dedicare gli appuntamenti di budget ad ogni Responsabile; nel corso delle riunioni potranno venire affrontate le tematiche contenute nelle schede di budget (e i loro eventuali allegati operativi) per arrivare infine alla sottoscrizione delle schede di budget, definite nei contenuti, con apposita verbalizzazione degli incontri stessi e comunicazione sulla intranet delle schede firmate.

Secondo quanto previsto dalla norma, in corso d'anno, viene istituzionalizzata la fase di verifica infrannuale degli obiettivi di budget; a partire dall'anno 2016 è stata stabilita un'analisi congiunta tra la Direzione Generale, i Referenti degli obiettivi e i Responsabili delle Strutture, dello stato di attuazione dell'obiettivo: vengono quindi effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte e se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. La S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance tiene comunque traccia di tutte le modifiche effettuate, anche ai fini della documentazione da predisporre per l'Organismo Indipendente di Valutazione, ogni variazione intervenuta con le motivazioni e la validazione della Direzione Generale, come indicato dalla normativa e come richiesto dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che sottolinea la necessità di rendere coerente la programmazione con gli interventi correttivi adottati in corso d'anno.

Al termine della verifica infrannuale le schede di budget vengono nuovamente pubblicate sulla Intranet aziendale.

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 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 di 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.

4.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Il sistema attuale definisce le schede di budget su tre distinti livelli: la Direzione di Dipartimento, la Direzione di Struttura e il personale della Struttura. Per semplificare la gestione degli obiettivi, viene quindi realizzata una scheda per il Direttore di Dipartimento (come gli anni scorsi) ed una scheda contenente due pesi, uno che individua la percentuale di peso (P1) per il Direttore della

Struttura ed una che individua la percentuale di peso (P2) per il personale (dirigenza e comparto) assegnato alla Struttura. Questa impostazione consente la distinzione tra obiettivi assegnati al Direttore della Struttura ed obiettivi assegnati al personale dipendente.

Alla luce di questa impostazione consegue la logica di assegnazione degli obiettivi di budget: gli obiettivi che hanno maggiore peso per il Direttore della Struttura sono più tipicamente direzionali, hanno un contenuto più di decisione e di avvio dei processi; gli obiettivi per le Strutture hanno caratteristiche più di tipo applicativo ed operativo, pur avendo anche una forte connotazione gestionale. E' possibile che un obiettivo abbia peso solo per il Direttore della Struttura o solo per il personale della Struttura o per entrambi con lo stesso contenuto o con un contenuto leggermente differente, che lo caratterizza secondo la distinzione dei ruoli.

Naturalmente, alle diverse tipologie di livello 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. 443 del 19/12/2018 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda).

A livello generale, gli obiettivi inseriti nelle schede di budget, come si è detto nel capitolo precedente, discenderanno dalle proposte avanzate dai Direttori di Dipartimento e da obiettivi di attività.

Uno dei passaggi più complessi nella definizione degli obiettivi è la scelta di indicatori in grado di misurare e rappresentare adeguatamente gli obiettivi dell'amministrazione. Infatti, la programmazione intende valutare come l'organizzazione, consapevole dello stato delle risorse, utilizza le stesse in modo razionale (efficienza) per erogare servizi adeguati alle attese degli utenti (efficacia), al fine ultimo di creare valore pubblico, cioè migliorare il livello di benessere sanitario degli utenti e degli stakeholder (impatto).

Tenere conto di questa necessità di misurazione significa costruire un sistema multidimensionale di indicatori che valutino le variabili individuate:

- indicatori di stato delle risorse, che quantificano e qualificano le risorse dell'amministrazione (umane, economico-finanziarie, strumentali)
- indicatori di efficienza, che esprimono la capacità di utilizzo delle risorse, che esprimono il

costo della gestione di un'attività e/o dell'erogazione di un servizio

- indicatori di efficacia, che esprimono l'adeguatezza dell'output erogato rispetto alle aspettative e necessità e che si possono misurare in termini sia quantitativi (quantità erogata di servizio/prodotto) sia qualitativi (standard di servizio)
- indicatori di impatto, che esprimono l'effetto atteso o generato (outcome) da una politica o da un servizio sui destinatari, nel medio-lungo termine, nell'ottica del miglioramento del benessere rispetto alle condizioni di partenza.

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

5.1 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 il citato Programma Triennale per l'Integrità e la Trasparenza e con il Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione, deliberati con il documento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019. Con l'adozione del PTPCT, 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.

Seguendo le indicazioni del D.lgs 74/2017 Il Piano della performance, deliberato dal Direttore Generale, verrà pubblicato e pubblicizzato entro il 31/01/2019. Questo ha fatto sì, che secondo anche le indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, il Piano dia una maggiore attenzione al livello "alto" della pianificazione e alla centralità della performance organizzativa,

facendo riferimento ai risultati attesi dell'organizzazione nel suo complesso. L'anticipo della definizione del piano fa sì che il Piano non sia costituito dopo la negoziazione degli obiettivi specifici con i Direttori di Dipartimento di SC/SSD/SS, ma contenga l'identificazione delle priorità dell'Azienda. Inoltre, in quest'anno di sperimentazione di un nuovo sistema, il presente Piano risente della fase di transizione in atto, che potrà consolidarsi e strutturarsi sulla base delle evidenze che si riscontreranno nella sua realizzazione.

Pertanto, nell'approvazione formale del Piano si stabilisce la tappa del percorso di programmazione che ha già definito la programmazione e successivamente si potrà articolarsi nei seguenti passi logici:

- individuazione delle aree strategiche e tradotte in obiettivi specifici per il 2019;
- verifica delle risorse economiche assegnate;
- negoziazione degli obiettivi specifici con i Direttori di Dipartimento, di SC/SSD/SS, 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.

5.2 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 e s.m.i., 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 Programmazione sanitaria e Controllo di Gestione, 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.

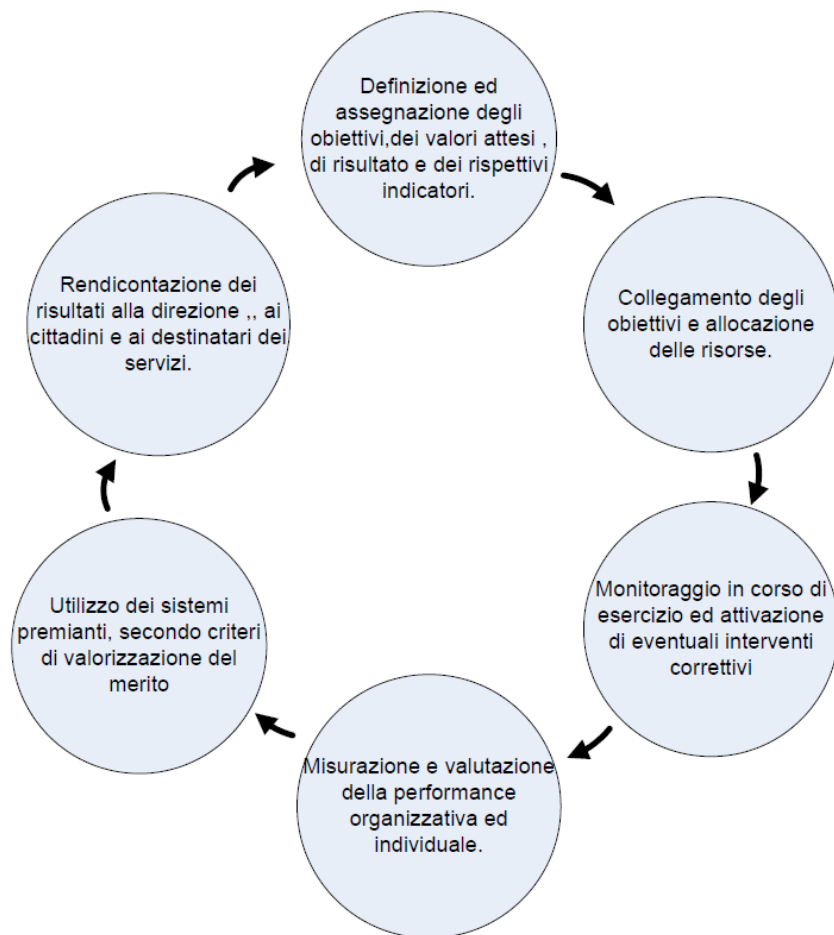
In particolare, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che 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.

5.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance

La scelta della S.S. Strategie Aziendali e Ciclo della Performance, d'intesa con la Direzione Generale, è stata quest'anno di dare maggiore spazio all'interno del documento alla descrizione dei processi e dei sistemi adottati per la gestione della performance, secondo lo schema seguente:



Si segnala che il Piano è suscettibile di revisioni, in funzione dell’assegnazione degli obiettivi regionali, della riorganizzazione del sistema di budget in atto, di eventuali disposizioni sull’assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Regionali, nonché degli obiettivi emersi anche a seguito del confronto con tutti gli stakeholder.