



# *Ministero della Salute*

**DIREZIONE GENERALE PER L'IGIENE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E LA  
NUTRIZIONE**

UFFICIO IX – AUDIT ex DGSA

Via G. Ribotta, 5 00144 ROMA

telefono 06 5994 int. 6608 –6976–6601

**Valutazione del sistema sanitario regionale, con particolare  
riferimento all'area degli alimenti, nutrizione e della sanità  
pubblica veterinaria**

**AUDIT DI SISTEMA  
REPORT FINALE**

**REGIONE PIEMONTE**

DATA DELL'AUDIT

dal 7 al 10 ottobre 2014

## **PREMESSA**

Tra il 7 e il 10 ottobre 2014, il gruppo di audit del Ministero della salute, si è recato presso gli uffici della Regione Piemonte per svolgere un “audit di sistema” sul sistema regionale di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

L’audit ha coinvolto gli uffici della “Direzione Regionale della Sanità” nonché quattro Aziende Sanitarie Locali ed in particolare i relativi Dipartimenti di Prevenzione. Le quattro AA.SS.LL costituiscono un campione delle 13 che insistono sul territorio regionale selezionate in base a criteri di rappresentatività geografica e produttiva.

L’audit è stato finalizzato a descrivere e valutare gli standard operativi dell’autorità regionale e dei suddetti Dipartimenti di Prevenzione in relazione ai criteri previsti dal Regolamento 882/04, concernente l’organizzazione del controllo ufficiale in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, nonché il grado di utilizzo degli strumenti di governo del Sistema Sanitario nazionale (programmazione, management della dirigenza sanitaria, ecc), nel medesimo ambito, previsti dalle norme quadro di riferimento: L. 833/78 e d.lgs 502/92 e successive modifiche.

L’audit di sistema è stato condotto a conclusione di un ciclo di audit di settore svolti dagli Uffici della “Direzione Generale per l’Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione” e della “Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari” del Ministero della salute.

Gli elementi sistemici osservati durante detti audit di settore, unitamente a quelli emersi nel corso degli audit del Food Veterinary Office (FVO) hanno fornito un supporto di informazioni, che sono state oggetto di ulteriori approfondimenti nel corso del presente audit, contribuendo così, ove confermate, alla elaborazione delle conclusioni del presente rapporto.

## **RIEPILOGO DELLE CRITICITÀ DI NATURA SISTEMICA EMERSE NEL CORSO DEL CICLO DI AUDIT**

**(per la valutazione, nel corso dell'audit di sistema, dell'avvenuta risoluzione)**

Gli audit di settore svolti in Regione Piemonte sono stati i seguenti:

1. audit settore Esportazione alimenti Origine Animale [Regione, ASL TO5], 4 dicembre 2009;
2. audit FVO 2010-8591 igiene dei prodotti alimentari, la tracciabilità, l'etichettatura, i materiali a contatto con gli alimenti e gli additivi alimentari, 4-12 ottobre 2010;
3. audit FVO 2010-8453 produzione e immissione sul mercato di carni di pollame e prodotti derivati , 3-12 novembre 2010
4. audit settore Salmonellosi [Regione, ASL CN1], 4-7 ottobre 2011;
5. audit settore CSM, carne di pollame ed uova + Export [Regione, ASL CN1, AL, TO 3, TO 4], 5 – 8 giugno 2012;
6. audit settore Tubercolosi bovina [Regione, ASL TO3 e CN1], 26-27 settembre 2012;
7. audit FVO 2012-6492 valutazione e gestione del rischio nel settore dei mangimi, 20-30 novembre 2012
8. audit settore Benessere animale [Regione, ASL TO1 e TO 3], 26-29 marzo 2013;
9. audit FVO 2014-7037 controllo della Diossina in oli e grassi e prodotti derivati, 18-27 febbraio 2014

Dalle risultanze di tali audit condotti in Regione Piemonte sono emerse alcune importanti criticità di natura sistemica, quali:

- a) **inadeguatezza numerica del personale** della struttura regionale (audit di settore 1, 3, 4);
- b) carenze nella **categorizzazione del rischio degli stabilimenti** (audit di settore 5, 7);
- c) carenze relative alle **anagrafi per il controllo ufficiale** incomplete o non aggiornate (audit di settore 5, 9);
- d) carenze aggiornamento e disallineamento dei **sistemi informativi per la raccolta e rendicontazione dei dati** relativi ai controlli ufficiali ed insufficiente supervisione regionale dei medesimi (audit di settore 4, 6);
- e) carenze nel **coordinamento e cooperazione tra servizi** che eseguono il controllo ufficiale (audit di settore 6);
- f) carenze nell'aggiornamento ed emanazione di **procedure documentate** per effettuare alcuni controlli specifici (audit di settore 3, 4);
- g) carenze nell'appropriatezza dei **metodi e tecniche utilizzate per il controllo ufficiale** ( audit di settore 2, 5, 7)
- h) carenze nella compilazione delle **relazioni** del controllo ufficiale (audit di settore 6, 9)
- i) carenze nell'**accreditamento delle prove** di laboratorio e nella **tempistica di refertazione** (audit di settore 2, 7, 9)
- j) carenze nella **verifica dell'efficacia** dei controlli ufficiali a livello regionale ed aziendale (audit di settore 8);
- k) carenze nelle attività di **audit** mirata della Regione sulle ASL (audit di settore 1, 2, 5, 6);
- l) necessità di rafforzare la **formazione** mirata (audit di settore 3, 4).

Nel corso del presente audit è stato verificato che alcune delle suddette carenze sono **in diverse fasi di avanzamento del processo di soluzione** per quanto riguarda gli aspetti di natura sistemica, al di là dei contenuti tecnici di settore, ed in particolare quelle indicate ai punti a), b), c), d), e) f), g), h), i), j), k), l).

Mentre **non sono risolte** le criticità relative alle seguenti carenze: nessuno.

Non sono stati oggetti di verifica nel corso del presente audit di sistema gli aspetti relativi ai punti: nessuno.

## ESITI DELL'AUDIT DI SISTEMA

### ❖ PUNTI DI FORZA

#### ○ SISTEMA REGIONALE

Tra i principali *punti di forza* del sistema regionale sono da evidenziare :

- L'aver raggiunto il seguente **stato sanitario** di:
  - Regione ufficialmente indenne per brucellosi bovina/bufalina: tutte le Province sono ufficialmente indenni ai sensi della normativa comunitaria, cronologicamente l'ultima Provincia qualificata è stata quella di Cuneo (Decisione n. 2009/342/CE);
  - Regione ufficialmente indenne per Brucellosi ovicaprina: tutte le Province sono ufficialmente indenni ai sensi della normativa comunitaria (Decisione n. 2005/604/CE);
  - Regione ufficialmente indenne per Leucosi Enzootica Bovina: tutte le Province sono ufficialmente indenni ai sensi della normativa comunitaria (Decisione n.2005/604/CE);
  - TBC bovina: 5 Province sono ufficialmente indenni ai sensi della normativa comunitaria: Novara e Verbania (Decisione n. 2007/174/CE) Vercelli (Decisione n. 2008/97/CE) Asti e Biella (Decisione n. 2012/204/CE); la provincia di Alessandria ha concluso il periodo di 6 anni di consolidamento dei requisiti previsti per acquisire la qualifica di ufficialmente indenne; alle province di Torino e Cuneo resta da concludere l'ultimo dei 6 anni di consolidamento dei requisiti;
  - Regione accreditata per la Malattia Vescicolare del suino (MVS).
  
- L'aver avviato, per iniziativa regionale, le seguenti attività di **controllo sanitario**:
  - IBR: Piano regionale di controllo ed eradicazione della Rinotracheite Infettiva dei Bovini (IBR);
  - BVD/MD: Piano regionale volontario di controllo ed eradicazione della Diarrea Virale Bovina/Malattia delle Mucose (BVD/MD);
  - Mixomatosi: programma regionale di supporto vaccinale e diagnostico agli allevamenti cunicoli per il controllo della mixomatosi;
  - fauna selvatica: Piano regionale di controllo sanitario della fauna selvatica finalizzato al monitoraggio dell'insorgenza, distribuzione ed evoluzione delle zoonosi per la tutela sanitaria del patrimonio zootecnico e delle popolazioni selvatiche del territorio regionale.

- Piano di selezione genetica per la prevenzione della scrapie, rivolto anche alla linea femminile delle pecore di razza biellese.
- L’aver conseguito dal 2008, la valutazione positiva nell’ambito delle **Certificazioni annuali effettuate dal Comitato Lea** per la parte alimentare e veterinaria, con un elevato punteggio sia per i criteri di copertura, che di qualità e performance.
- L’aver dotato e rafforzato il “Settore Prevenzione e Veterinaria” della Direzione regionale competente, con **personale sanitario in convenzione/collaborazione** dalle ASL, che assicura ulteriori e idonee competenze professionali e lo scambio di know how tra il nodo regionale ed il territorio.
- L’aver dato un rinnovato impulso al **processo di miglioramento continuo**, attraverso:
  - un intenso processo di formazione mirata ai criteri operativi delle autorità competenti (AC) per il controllo ufficiale in sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare (SPVeSA),
  - l’organizzazione della programmazione regionale integrata delle attività di controllo,
  - l’elaborazione di una complessa e efficace architettura dei sistemi informativi di settore,
  - l’organizzazione e l’attuazione del sistema di audit e di verifica dell’efficacia,
  - l’autovalutazione degli elementi di conformità, definiti nello standard di funzionamento, delle autorità competenti locali (ASL), di cui all’accordo Stato Regioni del 7/2/2013.

Tali iniziative hanno consentito di attuare la **circularità del processo plan-do-check-act**, determinando un concreto allineamento ai criteri operativi previsti dal regolamento 882/04 per le AC del sistema sanitario regionale.

- L’aver predisposto un **Piano Regionale Integrato Sicurezza Alimentare (PRISA)** mirato a sistemizzare e quantificare le attività da svolgere, uniformare il processo di programmazione/pianificazione aziendale, e a fornire indicazioni utili a soddisfare emergenti esigenze interpretative e di organizzazione (es. classificazione delle non conformità, classificazione degli atti amministrativi, modello di verbale armonizzato, istruzioni per il controllo ufficiale sull’utilizzo degli additivi e coadiuvanti tecnologici).
- L’aver incluso nel PRISA, nell’ambito della sezione “Orientamenti”, una **programmazione delle altre attività delle AC** propedeutiche al controllo ufficiale (gruppi di lavoro per elaborazione di linee guida, di protocolli per i CU, attività trasversali, aggiornamento sistemi informativi, ecc.); l’aver incluso nel PRISA tematiche peculiari quali ad esempio indicazioni per l’attività di monitoraggio sulla corretta gestione dei prodotti scaduti e dei resi alimentari, sulla ristorazione etnica, gli audit sugli OSA in alpeggio, ecc.
- L’aver previsto, nell’ambito del PRISA, uno “schema” per la programmazione a livello aziendale (**Piano Aziendale Integrato Sicurezza alimentare – PAISA**) e della relativa rendicontazione delle attività da parte dei Servizi ASL dell’area della SPVeSA, consentendo di uniformare ed integrare i documenti, di armonizzare obiettivi e comportamenti dei Servizi, di integrare le attività di sicurezza alimentare tra servizi veterinari e medici, di favorire un uso integrato delle risorse umane

nelle attività di controllo a competenza mista, prevedendo inoltre anche una specifica sezione dedicata all'analisi degli scostamenti rispetto al programmato, in grado di assicurare i feedback necessari per la successiva fase di riprogrammazione e per le eventuali azioni correttive a livello aziendale e regionale.

- L'aver previsto un **set di indicatori** di attività, di efficienza e di efficacia, per quasi tutte le linee di attività previste dal PRISA.
- L'aver definito una correlazione stretta tra programmazione regionale ed aziendale (**interdipendenza tra PRISA e PAISA**) censendo in modo esaustivo le linee di attività (fatta eccezione per alcune, quali ad es. sanità delle api, la riproduzione animale, i piani S.I.N. per la contaminazione ambientale) ed individuando gli elementi quantitativi da declinare nei PAISA, sebbene non sempre siano esplicitati i vincoli normativi da cui discendono i dati quantitativi di programmazione.
- L'aver previsto momenti di **confronto con gli stakeholder** nella fase di predisposizione dei PAISA, e della relativa rendicontazione, per assicurare la partecipazione informata alla valutazione del rischio e alla programmazione.
- La scelta delle informazioni rese disponibili per la “Relazione annuale al PRISA” e la trasparenza con la quale detta Relazione rappresenta le criticità riguardanti alcuni aspetti organizzativi dei controlli ufficiali del SSR, dà evidenza della capacità della Relazione medesima di fungere da supporto concreto ed efficace alla **fase di riesame**, per la programmazione successiva.
- L'aver programmato, nell'ambito del PRISA, il **percorso di formazione** funzionale al miglioramento del sistema di prevenzione in SPVeSA, coinvolgendo la rete dei Servizi Veterinari e alimentari territoriali nell'elaborazione ed esecuzione del percorso formativo, favorendo sinergie tra le ASL, e garantendo una adeguata offerta formativa rispetto alle esigenze più significative del controllo ufficiale.
- L'aver sviluppato una complessa rete di **sistemi informativi informatici** (ARVET, VETALIMENTI, INFOMACELLI, ACQUE POTABILI, CO.SM.AN., e relazioni con altre banche dati dell'IZS e di altri enti) che consente la raccolta via internet dei dati di attività del controllo ufficiale, utili per il monitoraggio e per la rendicontazione. La cooperazione operativa degli applicativi consente di mettere in relazione le informazioni provenienti dalle diverse banche dati e di aumentare l'efficacia del controllo ufficiale. Si apprezzano in particolare alcuni specifici applicativi sviluppati dalla Regione quali ad esempio: “Infomacelli”, per la registrazione delle patologie di interesse ispettivo rilevate nei macelli, che consente l'attivazione tempestiva dei controlli nell'allevamento di provenienza e di valutare l'efficacia delle attività di controllo presso i macelli; il “Sistema MTA” per la registrazione dei dati relativi alle indagini sui casi di malattia alimentare, nonché le attività svolte in campo nutrizionale e della alimentazione senza glutine; “Cosman” per assicurare la completa tracciabilità dello smaltimento delle carcasse bovine.
- l'aver adottato un **sistema di audit**, ai sensi dell'art. 4(6) del Reg. 882/04, comprendente audit della Regione sui Servizi A, B, C e SIAN aziendali, e audit interni ai Dipartimenti di prevenzione delle ASL, coerente con le disposizioni comunitarie e nazionali. Gli audit della Regione, comprendenti aspetti di natura sistemica e settoriale, sono svolti presso le ASL, con obiettivi comuni definiti annualmente dal PRISA, e includono anche verifiche dell'attività di controllo presso gli OSA ed il follow up delle raccomandazioni degli audit precedenti. Il team di audit è definito selezionando gli ispettori nell'ambito di un pool di auditor

(circa un centinaio) individuato dalla Regione attraverso uno specifico percorso di formazione organizzato ad hoc.

- L’aver costituito il “**Gruppo di coordinamento regionale** sulla sicurezza alimentare” che ha il compito, tra l’altro, di sviluppare le procedure per la gestione dei programmi di audit e definire la programmazione annuale basata su criteri Risk Based.
- Il SSR è stato negli anni governato da un volume ed una varietà di **atti di indirizzo e coordinamento** che mostrano autonomia di iniziativa e attenzione al raggiungimento di obiettivi sanitari (es. DD 172/2013 “indirizzi per l’esercizio della competenza ad effettuare controlli ufficiali”; DD 710/2013 “gestione protocollo tecnico per la gestione dei rapporti tra IZS e autorità competenti in sicurezza alimentare nell’ambito dei controlli microbiologici”; DD 1121/2013 “disciplina dei complessi extra-alberghieri per la preparazione e somministrazione di alimenti e bevande”; DGR 24-5708 “linee guida sui criteri per la predisposizione dei piani di autocontrollo negli stabilimenti AOA”; “Manuale delle procedure e delle istruzioni operative” allegato al PRISA; ecc.).
- L’aver attuato processi decisionali fortemente basati sul **coordinamento** e la **cooperazione** multidisciplinare e multistituzionale, come si evince dai documenti esaminati in corso di audit, che attestano la presenza di una ventina di gruppi di lavoro/Commissioni, mirati a fornire indicazioni su specifiche problematiche, definendone a priori la durata, la composizione, il soggetto coordinatore e le attività/obiettivi assegnati e la tipologia di elementi da produrre. (Ad es. gruppo di lavoro su alimentazione animale, animali d’affezione, tutela animale, farmaco veterinario, MOCA, MTA ecc.).
- L’aver istituito, a partire dal 2014, un **portale istituzionale** unico sulla sicurezza alimentare e sanità veterinaria ([www.iprev.it](http://www.iprev.it)), che ha rafforzato ulteriormente la comunicazione istituzionale già offerta sul sito web [www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it) nel quale è possibile reperire documenti volti ad armonizzare e standardizzare l’attività di controllo ufficiale, accedere ai vari sistemi informativi regionali, nonché le norme pertinenti per il settore.
- L’aver **assicurato la partecipazione costante** di personale del Servizio regionale alle occasioni di coordinamento a livello nazionale e interregionale, promuovendo un elevato grado di integrazione e allineamento delle politiche regionali a quelle del SSN.

## ❖ CRITICITÀ

Tra le principali criticità del sistema regionale sono da evidenziare :

### ○ SISTEMA REGIONALE

- Nell’ambito del sistema della **pianificazione strategica regionale** (Piano Socio Sanitario Regionale 2011-2015 e DPEF, e i documenti correlati quali il “Bilancio Sociale 2012”, il Programma Operativo 2013-2015 per il Piano di Rientro regionale), pur essendo presenti obiettivi riconducibili alla SPVeSA, non è stata sviluppata una integrazione tra i documenti, in grado di consentire uno sviluppo coerente tra gli obiettivi di medio/lungo periodo, e un percorso integrato e condiviso tra i diversi attori: ex ARES, Direzione Generale salute, e i pertinenti Settore Prevenzione e Veterinaria, Settore Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR, Settore Risorse Finanziarie (es: mancata condivisione tra i suddetti soggetti, delle richieste e osservazioni del Ministero salute in merito al programma 12 del PO 2013-15, assenza di obiettivi specifici del PO al Direttore del Settore Prevenzione Veterinaria, e assenza di coinvolgimento del suddetto Settore nel monitoraggio del Programma 12 e nella relativa assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle ASL). Infatti i documenti di pianificazione strategica regionale di cui sopra non sono stati dotati di strumenti per la definizione chiara e misurabile di obiettivi in SPVeSA da assegnare ai diversi attori del sistema regionale e aziendale (meccanismo propedeutico al processo di indirizzo e coordinamento per il conseguimento degli obiettivi stessi).
- La **difficoltosa circolazione delle informazioni**, concernente i contenuti relativi alla SPVeSA del Programma Operativo del Piano di Rientro regionale, non hanno consentito una adeguata interlocuzione tra Ministero della salute e Regione nel merito delle azioni da intraprendere ai fini della realizzazione degli obiettivi individuati per il Programma 12, e di declinarle adeguatamente: in particolare le Azioni da prevedersi per il mantenimento di risorse umane adeguate per l’assessorato regionale (Programma 12.1), per la manutenzione costante della capacità di laboratorio (Programma 12.4), e per l’assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle ASL (Programma 12.5).
- Il Programma 12 riguardante la SPVeSA del **Programma Operativo 2013-2015** adottato dalla Regione nell’ambito del piano di Rientro, non è stato adeguatamente supportato, nella sua attuazione, con strumenti gestionali atti a garantire l’efficace perseguimento degli obiettivi in esso previsti. In particolare l’intervento 12.5 del P.O. - **“Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa”**, non è stato gestito attraverso l’effettiva, e vincolante, assegnazione di obiettivi di SPVeSA ai Direttori Generali delle ASL, sebbene nel corso dell’audit è emerso che a livello aziendale lo sviluppo del Programma 12.5 è stato inserito, con varie declinazioni, nel sistema di budget aziendale. Inoltre la DGR 34-6516/2013 non esplicita se la valutazione dell’intervento 12 del P.O. sia da ritenersi vincolante, e/o il relativo peso, nel processo di valutazione dei Direttori Generali.
- Le **linee guida per l’Atto Aziendale** (DGR 21-5144/2012), contenente anche indicazioni per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, non hanno fornito criteri sufficienti per gestire correttamente il processo di individuazione

delle strutture complesse (SIAOA, SIAPZ, SSA, SIAN), determinando una situazione di differente interpretazione dell'indirizzo regionale, consentendo un'applicazione opportunistica, dettata prevalentemente da motivazioni economiche e di *vacatio* conseguente a cessazioni avvenute, o prossime. con la scelta della struttura semplice, economicamente più conveniente per l'azienda, in alternativa a quella complessa.

- **La rete dei Servizi Veterinari e di Igiene Alimenti e Nutrizione**, che le ASL sono tenute a garantire per legge, non risulta essere posta nelle condizioni di essere uniformemente capace di attuare in modo efficace i propri compiti, secondo le attribuzioni tipiche di una struttura complessa. Infatti non tutti i responsabili delle strutture SIAOA, SIAPZ, SSA, SIAN sono posti in condizione di produrre atti a valenza esterna secondo le modalità previste per le strutture complesse, svolgere il ruolo di autorità competente con la pienezza del mandato proprio di una struttura complessa, assicurare la partecipazione al Comitato di Dipartimento in modo da contribuire efficacemente alla definizione delle politiche di ciascun Dipartimento di Prevenzione e alla negoziazione delle risorse e degli obiettivi.

#### ○ DIPARTIMENTI

- L'aver avviato, coerentemente con gli indirizzi regionali, un processo di integrazione tra SIAN e Servizi Veterinari per l'organizzazione di controlli ufficiali comuni, per gli audit su OSA e su AC, e per l'utilizzo di procedure e modulistica uniformate su base aziendale e regionale
- L'aver garantito un valido supporto professionale collaborativo all'assessorato regionale e l'aver maturato un approccio partecipativo nei casi in cui siano oggetto di audit, nonché l'aver sviluppato un'ampia capacità di lavorare per progetti e gruppi di lavoro
- L'aver conseguito, nel tempo, importanti obiettivi di natura sanitaria, assicurando in tal caso l'accesso delle produzioni regionali ai mercati internazionali
  
- In alcune realtà aziendali il sistema di assegnazione degli obiettivi e di valutazione delle performance (strumenti di budgeting e sistema valutazione della dirigenza), non è risultato essere stato utilizzato in modo efficace come strumento di governo della dirigenza sanitaria e del SSR

## ❖ OSSERVAZIONI

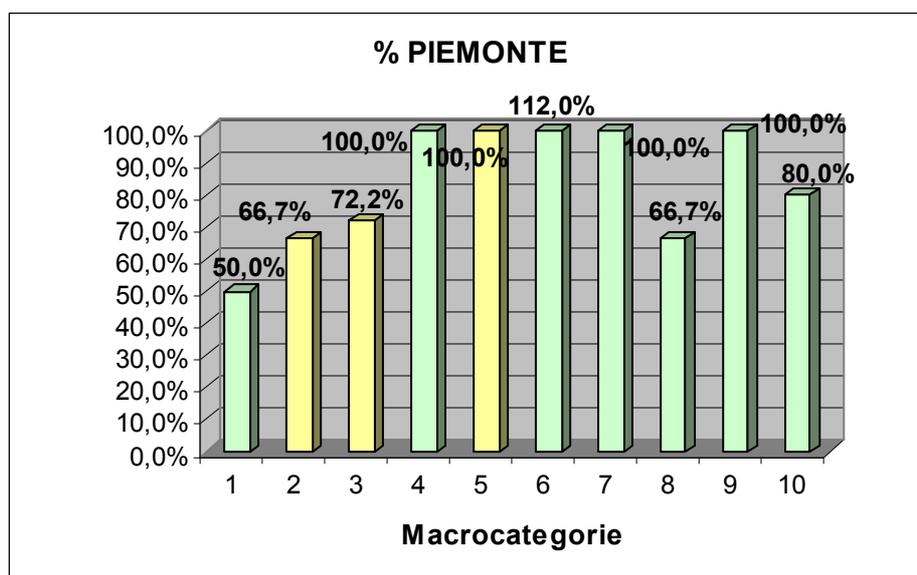
- Il percorso di crescita del SSR e del “Settore Prevenzione e Veterinaria” regionale, rischia, a causa del numero elevato di personale sanitario in convenzione/collaborazione dalle ASL, di essere soggetto, se non adeguatamente governato, ad una riduzione numerica o ad un **turnover pericoloso** per la stabilità del sistema e per il processo di miglioramento continuo in atto (rischio di perdita di informazione, competenza, know how, esperienza);
- L’attuale **livello di responsabilizzazione** del Direttore del Settore Prevenzione e Veterinaria, qualora ulteriormente aggravato dall’eventuale acquisizione di competenze ulteriori e non coerenti, conseguenti alla fase di imminente riorganizzazione della Direzione Generale Sanità, potrebbe compromettere l’efficacia operativa nell’ambito della SPVeSA

## ❖ RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda di:

1. garantire la corretta e completa attuazione del Programma 12 del P.O. 2013-2015 definito nell’ambito delle procedure del Piano di Rientro, tenendo conto delle osservazioni formulate in merito al Programma 12 dal Ministero della salute incluse nei verbali delle riunioni tecniche di affiancamento del 21 giugno e 23 luglio 2013, ai quali si rimanda.
2. Assicurare che l’autorità competente locale garantisca un assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione coerente con quanto previsto dall’art. 7 quater del d.lgs 502/92, assicurando le necessità operative evidenziate nella quarta e quinta alinea del capitolo “Criticità”

**RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA VALUTAZIONE  
DEI PRINCIPALI ELEMENTI OGGETTO DI VERIFICA  
NELL'AUDIT DI SISTEMA IN  
REGIONE PIEMONTE**



**1 Piano Sanitario Regionale**

**2 Documento di programmazione economica e finanziaria**

**3 Adeguatezza uffici Regionali**

**4 Personale uffici Regionali**

**5 Adeguatezza risorse Strumentali**

**6 Adeguatezza delle risorse normative**

**7 Adeguatezza flussi informativi**

**8 Sistema valutazione dirigenti regionali**

**9 Capacità ricognitiva delle problematiche territoriali e conoscenza del territorio**

**10 Capacità di lavorare per progetti e obiettivi**

## **REGIONE PIEMONTE**

### **“SCHEMA DI SINTESI DEGLI INDICATORI REGIONALI”**

Lo strumento di valutazione quali-quantitativo consiste in 37 indicatori “pesati” e raggruppati in 10 macrocategorie (in verde le macrocategorie di I livello con peso complessivo pari a 5 e in giallo le macrocategorie di II livello con peso complessivo pari a 3). Per ciascun indicatore lo strumento prevede diversi gradi di valutazione a cui è collegato uno specifico punteggio (variabile generalmente da 0 a 3). In una apposita LEGENDA (reperibile sul sito [salute.gov.it](http://salute.gov.it)), allegata allo strumento di valutazione, sono stati definiti i criteri di valutazione per ciascuna graduazione di giudizio.

Lo strumento inoltre prevede l'utilizzo:

- della casella libera (contrassegnata con la X) qualora non sia stato possibile far ricadere la valutazione nella casistica prevista dallo strumento. Il punteggio della casella libera, esplicitata nelle note, è definito dagli auditors.
- del coefficiente di trend positivo o negativo (contrassegnato rispettivamente con ↑ a cui corrisponde un fattore moltiplicatore pari a 1,4 e con ↓ a cui corrisponde un fattore moltiplicatore pari a 0,8) nel caso gli auditors ritenessero opportuno segnalare, ed esplicitare nelle note, particolari circostanze per meglio contestualizzare la valutazione.

La percentuale per macrocategoria si ottiene rapportando il punteggio ottenuto per macrocategoria rispetto al massimo ottenibile per la stessa. Il punteggio ottenuto per macrocategoria si ottiene sommando i prodotti dei singoli indicatori calcolati moltiplicando il peso dell'indicatore per il punteggio della relativa valutazione (moltiplicato per il coefficiente di trend positivo o negativo laddove presente).

<b>PIANO SANITARIO REGIONALE (1)</b>					
↓ <sup>1)</sup>	<b>PSR: data e contenuti</b>	<b>AGGIORNATO E ADEGUATO</b>	<b>NON AGGIORNATO MA ADEGUATO</b>	<b>NON AGGIORNATO E INADEGUATO</b>	
	<b>PSR: comunicazione del documento</b>	<b>DIVULGATO</b>	<b>RESO DISPONIBILE</b>	<b>NON ACCESSIBILE</b>	
	<b>PSR: elaborazione</b>	<b>PARTECIPATIVA CON SERVIZI VET. E IGIENE ALIM.</b>	<b>PARTECIPATIVA CON ESCLUSIONE SERVIZI VET. E IGIENE ALIM.</b>	<b>AUTOREFERENZIALE</b>	
	<b>PSR: monitoraggio stato attuazione</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>ASSENTE</b>	
<b>DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA (2)</b>					
	<b>DPEF: struttura</b>	<b>COMPRENDE LA SICUREZZA AL. E LA SANITA' VETERINARIA</b>	<b>NON COMPRENDE LA SICUREZZA AL. E LA SANITA' VET.</b>	<b>ASSENTE</b>	<b>X<sup>2)</sup></b>
	<b>DPEF: finalità</b>	<b>STRATEGICA</b>	<b>PROGRAMMAZIONE</b>	<b>COMUNICATIVA</b>	<b>FORMALE FINANZIARIA</b>
	<b>RISORSE FINANZIARIE REGIONALI</b>	<b>DISPONIBILI</b>	<b>NON DISPONIBILI</b>	<b>NON SPECIFICATE</b>	
<b>ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI (3)</b>					
	<b>STRUTTURA ORG.VA DELL'ASSESSORATO</b>	<b>A REGIME</b>	<b>DI RECENTE RIORGANIZZAZIONE</b>	<b>IN FASE DI RIORGANIZZAZIONE</b>	
	<b>ARTICOLAZIONI ORG.VE vs COMPETENZE</b>	<b>IDONEE</b>	<b>ECESSIVAMENTE RESPONS.ATE</b>	<b>FRAMMENTATE</b>	<b>DUPLICATE</b>

<b>DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REG.</b>	APPROPRIATA	PARZIALMENTE APPROPRIATA	NON FUNZIONALE
<b>GAZZETTA UFFICIALE</b>	AGGIORNAMENTO COSTANTE	PARZIALMENTE ACCESSIBILE	NON FUNZIONALE
<b>BIBLIOTECA DI RIF. REGIONALE: patrimonio</b>	ADEGUATO	PARZIALMENTE ADEGUATO	SETTORE SANITA'

#### PERSONALE PREPOSTO AGLI UFFICI REGIONALI (4)

<b>N° E NATURA DEL PERSONALE</b>	ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE	PARZ.TE ADEGUATO E MULTISTITUZIONALE	PARZ.TE ADEGUATO	INADEGUATO
<b>DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE</b>	OPPORTUNAMENTE DISTRIBUITE	SETTORIALE	SECONDO ESIGENZE	
<b>QUALIFICA DEL PERSONALE RESPONSABILE/REFERENTE</b>	IDONEA	AFFERENTE A DISCIPLINE DIVERSE	PRIVO DI QUALIFICA	
<b>SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO</b>	PRESENTE	ASSENTE		

#### ADEGUATEZZA DELLE RISORSE STRUMENTALI (5)

<b>LIVELLO TECNOLOGICO UFFICI REGIONALI (ICT)</b>	IDONEO E COMPLETO	PARZIALMENTE IDONEO	INADEGUATO
---	-------------------	---------------------	------------

#### ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE (6)

<b>“NORMATIVA” PRODOTTA ultimi 5 anni</b>	ADEGUATA	PARZIALMENTE ADEGUATA	INADEGUATA
↓ <sup>3)</sup> <b>DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE</b>	EMANATE E INDICAZIONI SU S.A. E S.V.	EMANATE	NON EMANATE
↑ <sup>4)</sup> <b>LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI</b>	ADEGUATE E FACILMENTE ACCESSIBILI	PARZIALMENTE IDONEE	ASSENTI

#### ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI (7)

<b>FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL</b>	ELEVATO E INFORMATICO	ELEVATO NON INF.ICO	NON IDONEO
<b>FLUSSO INF.IVO INTERNO REGIONE</b>	INF.ICO CON PROCEDURE STANDARD	PRIVO DI PROCEDURE INFORMATIZZATE	INADEGUATO
<b>FLUSSO DELLA POSTA</b>	RAPIDO E PROCEDURE STANDARD	LENTO	INADEGUATO
<b>SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA</b>	ADEGUATO	PARZIALMENTE ADEGUATO	INADEGUATO

#### SISTEMI DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI REGIONALI (8)

<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI</b>	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE	ASSENTE	
<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica</b>	DURANTE MANDATO	A FINE MANDATO	NON PROGRAMMATA	
<b>VALUTAZIONE DG ASL: natura</b>	OB.VI DI SETTORE VINCOLANTI	OB.VI DI SETTORE NON VINCOLANTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE NON PRECISATA	
<b>VALUTAZIONE DG ASL: modalità</b>	OBIETTIVI NEGOZIATI E DOCUMENTATI	OBIETTIVI NEGOZIATI	OBIETTIVI IMPOSTI CRITERI NON FORMALIZZATI	X <sup>5)</sup>

<b>CAPACITA' RICOGNITIVA DELLE PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA DEL TERRITORIO (9)</b>					
<b>AUDIT REGIONALE: frequenza</b>	<b>SISTEMATICA E PROGRAMMATA</b>	<b>PARZIALE E PROGRAMMATA</b>	<b>CASUALE/ ASSOCIATA</b>	<b>ASSENTE</b>	
<b>ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura</b>	<b>ASL E STRUTTURE PRODUTTIVE</b>	<b>ASL O STRUTTURE PRODUTTIVE</b>	<b>CONTINGENTE</b>		
<b>SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA</b>	<b>SISTEMA INFORMATIVO DEDICATO</b>	<b>SISTEMA INFORMATIVO TRADIZIONALE</b>	<b>SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE</b>	<b>ASSENTE</b>	
<b>SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni</b>	<b>DATI AGGIORNATI E FACILMENTE ACCESSIBILI</b>	<b>DATI NON AGGIORNATI / FACILMENTE ACC.</b>	<b>DATI NON AGGIORNATI / NON FACILMENTE ACC.</b>	<b>DATI NON REGISTRATI</b>	
<b>SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità</b>	<b>SERVIZI VETERINARI E IGIENE ALIMENTI</b>	<b>SERVIZI VETERINARI O IGIENE ALIMENTI</b>	<b>NESSUNO</b>		
<b>CAPACITA' DI LAVORARE PER PROGETTI E OBIETTIVI (10)</b>					
<b>RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DELL'SSN</b>	<b>AMPIA E A PROGETTO</b>	<b>LIMITATA</b>	<b>PRATICAMENTE ASSENTE</b>		
<b>GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura</b>	<b>AD OBIETTIVO</b>	<b>STABILI</b>	<b>ASSENTI</b>		
<b>GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione</b>	<b>MULTIDISCIPLINARE E MULTISTITUZIONALE</b>	<b>REGIONALE/ AZIENDALE</b>	<b>ESTERNO</b>		
<b>ACCREDITAMENTO e/o CERTIFICAZIONE REG</b>	<b>ACC. e/o CERTIF. OTTENUTO</b>	<b>ACC. e/o CERTIF. IN CORSO</b>	<b>NON OTTENUTA</b>	<b>NON PREVISTA</b>	

#### **NOTE:**

1 – Non sempre vi è evidenza di come la Regione abbia perseguito e monitorato lo stato di attuazione nel tempo degli obiettivi riconducibili alla sanità pubblica veterinaria e alla sicurezza alimentare individuati nel PSSR vigente.

2 – Dal 2001 il DPEF non è formalmente adottato dall'Ente ed il documento predisposto dalla Giunta e presentato in visione, non riguarda, se non marginalmente, l'area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

3 – Le linee guida per l'Atto Aziendale, contenente anche indicazioni per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, non hanno fornito criteri sufficienti per gestire correttamente il processo di individuazione delle strutture complesse.

4 – Il PRISA e le restanti iniziative di indirizzo intraprese dal Settore Prevenzione e Veterinaria hanno consentito un buon livello di integrazione tra i Servizi Veterinari e il SIAN aziendali su diversi ambiti operativi (programmazione, modulistica utilizzata, rendicontazione, gruppi di lavoro, attività di controllo ufficiale integrate).

5 – Il processo di valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali della ASL si svolge con diversi anni di ritardo rispetto all'assegnazione ed inoltre, tale processo, non coinvolge il Settore regionale competente per la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare.

<b>REGIONE PIEMONTE</b>	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PIANO SANITARIO REGIONALE (1)	5,0			7,5	15,0	<b>50,0%</b>
PSR: data e contenuti	1,0	3,0	0,8	2,4		
PSR: accessibilità al documento	0,7	3,0		2,1		
PSR: elaborazione	1,5	2,0		3,0		
PSR: monitoraggio stato attuazione	1,8	0,0		0,0		
DPEF (2)	3,0			6,0	9,0	<b>66,7%</b>
DPEF: struttura	0,5	0,0		0,0		
DPEF: finalità	0,5	0,0		0,0		
RISORSE FINANZIARIE REGIONALI	2,0	3,0		6,0		
ADEGUATEZZA DEGLI UFFICI REGIONALI (3)	3,0			6,5	9,0	<b>72,2%</b>
STRUTTURA ORG.IVA DELL'ASSESSORATO	0,5	3,0		1,5		
ARTICOLAZIONI ORG.IVE vs COMPETENZE	0,9	2,0		1,8		
DISLOCAZIONE E STATO UFFICI REG.	0,5	2,0		1,0		
GAZZETTA UFFICIALE	0,7	2,0		1,4		
BIBLIOTECA REGIONALE: patrimonio	0,4	2,0		0,8		
PERSONALE PREPOSTO UFFICI REGIONALI (4)	5,0			14,3	14,3	<b>100,0%</b>
N° E NATURA DEL PERSONALE	1,0	3,0		3,0		
DISTRIBUZIONE DELLE COMPETENZE	1,8	3,0		5,4		
QUALIFICA DEL PERSONALE RESP./REF.	1,5	3,0		4,5		
SUPPORTO PERSONALE AMMINISTRATIVO	0,7	2,0		1,4		
ADEGUATEZZA RISORSE STRUMENTALI (5)	3,0			9,0	9,0	<b>100,0%</b>
LIVELLO "TECNOLOGICO" UFFICI REG. (ICT)	3,0	3,0		9,0		
ADEGUATEZZA DELLE RISORSE NORMATIVE (6)	5,0			16,8	15,0	<b>112,0%</b>
ATTI DI INDIRIZZO PRODOTTI ultimi 5 anni	2,0	3,0		6,0		
DISPOSIZIONI PER ATTO AZIENDALE	1,0	3,0	0,8	2,4		
LINEE GUIDA E CHECK LIST AZIENDALI	2,0	3,0	1,4	8,4		
ADEGUATEZZA DEI FLUSSI INFORMATIVI (7)	5,0			14,5	14,5	<b>100,0%</b>
FLUSSO INFORMATIVO REGIONE/ASL	2,0	3,0		6,0		
FLUSSO INF.IVO INTERNO REGIONE	1,0	3,0		3,0		
FLUSSO DELLA POSTA	0,5	2,0		1,0		
SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA	1,5	3,0		4,5		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI (8)	5,0			10,0	15,0	<b>66,7%</b>
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI	2,0	3,0		6,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI REGIONALI: tempistica	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DG ASL: natura	1,0	1,0		1,0		
VALUTAZIONE DG ASL: modalità	1,0	0,0		0,0		
CAPACITA' RICOGNITIVA PROBLEMATICHE TERRITORIALI E CONOSCENZA TERRITORIO (9)	5,0			15,0	15,0	<b>100,0%</b>
AUDIT REGIONALE: frequenza	0,8	3,0		2,4		
ISPEZIONI/AUDIT REGIONALE: natura	1,5	3,0		4,5		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	1,0	3,0		3,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: informazioni	1,0	3,0		3,0		
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA: adeguatezza/qualità	0,7	3,0		2,1		
CAPACITA' DI LAVORARE PER PROGETTI (10)	5,0			12,0	15,0	<b>80,0%</b>
RELAZIONE CON ALTRE STRUTTURE DELL'SSN	2,0	3,0		6,0		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: natura	1,0	3,0		3,0		
GRUPPI DI LAVORO DI SETTORE: composizione	1,0	3,0		3,0		
ACCREDITAMENTO E/O CERTIFICAZIONE REGIONALE	1,0	0,0		0,0		

## **REGIONE PIEMONTE:**

### **Valutazione degli elementi di management sanitario del DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE dell' ASL**

Di seguito sono riportati i risultati della valutazione dei macro-elementi importanti per il governo delle Aziende Sanitarie Locali: la *programmazione pluriennale e annuale*, l'*organizzazione strutturale e funzionale*, il *personale preposto agli uffici* e il *sistema di valutazione dei dirigenti*.

Essi sono stati oggetto di attenta valutazione esclusivamente per gli aspetti che riguardano la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.

Lo strumento di valutazione quali-quantitativo consiste in 15 indicatori "pesati" e raggruppati in 4 macrocategorie di 1 livello con peso complessivo pari a 5. Per ciascun indicatore lo strumento prevede diversi gradi di valutazione a cui è collegato uno specifico punteggio (variabile generalmente da 0 a 3). In una apposita LEGENDA (reperibile sul sito [salute.gov.it](http://salute.gov.it)), allegata allo strumento di valutazione, sono stati definiti i criteri di valutazione per ciascuna graduazione di giudizio.

Lo strumento inoltre prevede l'utilizzo:

- della casella libera (contrassegnata con la X) qualora non sia stato possibile far ricadere la valutazione nella casistica prevista dallo strumento. Il punteggio della casella libera, esplicitata nelle note, è definito dagli auditors.
- del coefficiente di trend positivo o negativo (contrassegnato rispettivamente con ↑ a cui corrisponde un fattore moltiplicatore pari a 1,4 e con ↓ a cui corrisponde un fattore moltiplicatore pari a 0,8) nel caso gli auditors ritenessero opportuno segnalare, ed esplicitare nelle note, particolari circostanze per meglio contestualizzare la valutazione.

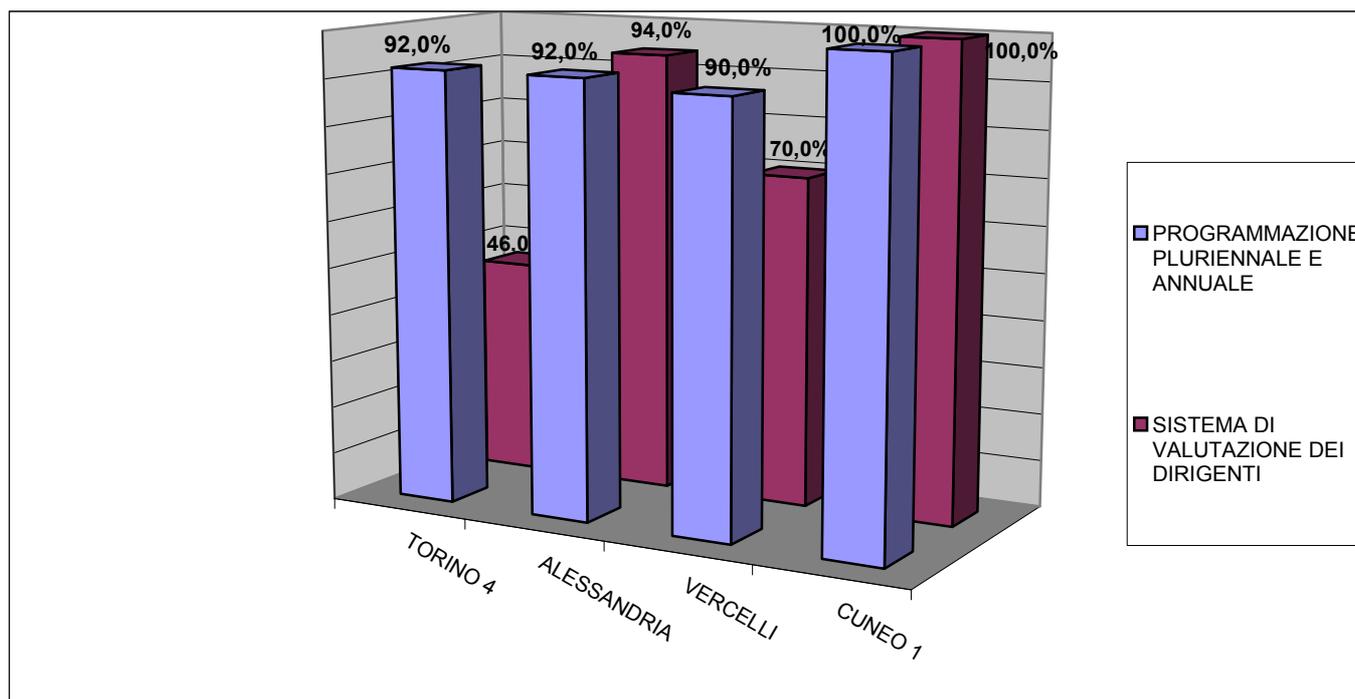
La percentuale per macrocategoria si ottiene rapportando il punteggio ottenuto per macrocategoria rispetto al massimo ottenibile per la stessa. Il punteggio ottenuto per macrocategoria si ottiene sommando i prodotti dei singoli indicatori calcolati moltiplicando il peso dell'indicatore per il punteggio della relativa valutazione (moltiplicato per il coefficiente di trend positivo o negativo laddove presente).

Gli strumenti di governo valutati, e le loro sub-articolazioni, sono riportate nelle pagine seguenti.

Per ragioni organizzative durante l'audit sono state oggetto di valutazione due, delle quattro macrocategorie

**Sintesi della VALUTAZIONI, espresse in percentuale,  
dei DIPARTIMENTI di PREVENZIONE delle ASL  
della Regione Piemonte oggetto di audit**

<b>AZIENDA SANITARIA LOCALE</b>	<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>
<b>TORINO 4</b>	<b>92,0%</b>	<b>46,0%</b>
<b>ALESSANDRIA</b>	<b>92,0%</b>	<b>94,0%</b>
<b>VERCELLI</b>	<b>90,0%</b>	<b>70,0%</b>
<b>CUNEO 1</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



## ASL TORINO 4: INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE						
	<b>PROG.ONE STRATEGICA</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>ASSENTE/ INADEGUATO</b>	
	<b>PROG.ONE ANNUALE</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>INADEGUATA</b>	<b>X<sup>1)</sup></b>
	<b>MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</b>	<b>PRECISO E PUNTUALE</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>		<b>INADEGUATA</b>	<b>X<sup>1)</sup></b>
	<b>STRUMENTI DI P&amp;C</b>	<b>ADOTTATI CORRETTAMENTE</b>	<b>ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA</b>	<b>ADOTTATI</b>	<b>PRESENTI NON</b>	
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI						
↓ 2)	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>	
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>	
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE IMPOSTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI</b>	<b>NON PRECISATA</b>	

- 1) La programmazione ed il relativo monitoraggio, sono svolti per linee di attività con un livello di analiticità e completezza differenziato tra i diversi Servizi riconducibili alla sanità pubblica veterinaria e alla sicurezza degli alimenti. Non è stato predisposto un documento di programmazione di sintesi dove si possa evincere l'insieme delle attività che i singoli Servizi devono svolgere facilitando la ripartizione del lavoro sui singoli operatori. In ogni caso il PRISA ed i Sistemi Informativi a disposizione delle ASL consentono un buon livello di programmazione e del relativo monitoraggio della stessa.
- 2) La valutazione a fine incarico del Capo Dipartimento è svolta contestualmente a quella relativa all'incarico di struttura complessa di provenienza senza prevedere una valutazione ad hoc per il ruolo svolto.

ASL TORINO 4	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>13,8</b>	<b>15</b>	<b>92,0%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0		3,0		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	2,5		3,8		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	2,5		2,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>6,9</b>	<b>15</b>	<b>46,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	3,0	0,8	2,4		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	0,0		0,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	1,0		1,5		

## ASL di ALESSANDRIA: INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE					
	PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		ASSENTE/ INADEGUATO
	PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		INADEGUATA X <sup>1)</sup>
	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISO E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA		INADEGUATA X <sup>1)</sup>
	STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPSTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI					
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE
	VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI
	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE
↓ <sup>2)</sup>	VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA

- 1) La programmazione ed il relativo monitoraggio, sono svolti per linee di attività con un livello di analiticità e completezza differenziato tra i diversi Servizi riconducibili alla sanità pubblica veterinaria e alla sicurezza degli alimenti. Non è stato predisposto un documento di programmazione di sintesi dove si possa evincere l'insieme delle attività che i singoli Servizi devono svolgere facilitando la ripartizione del lavoro sui singoli operatori. In ogni caso il PRISA ed i Sistemi Informativi a disposizione delle ASL consentono un buon livello di programmazione e del relativo monitoraggio della stessa. Si apprezza il modello di ripartizione e attribuzione individuale delle principali attività da svolgere adottata dal Servizio Veterinario di Area B.
- 2) Gli obiettivi annuali del sistema di valutazione non sono attribuiti a cascata in modo specifico sul singolo dirigente sanitario che viene valutato soltanto in base al grado di raggiungimento degli stessi da parte dell'équipe a cui afferisce.

ASL di ALESSANDRIA	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE	5			13,8	15	92,0%
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0		3,0		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	2,5		3,8		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	2,5		2,5		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI	5			14,1	15	94,0%
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	3,0	0,8	3,6		

## ASL di VERCELLI: INDICATORI DIPARTIMENTALI

<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>					
	<b>PROG.ONE STRATEGICA</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>ASSENTE/ INADEGUATO</b>
↓ 1)	<b>PROG.ONE ANNUALE</b>	<b>PRESENTE E ADEGUATA</b>	<b>PRESENTE</b>		<b>INADEGUATA</b>
↓ 1)	<b>MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'</b>	<b>PRECISO E PUNTUALE</b>	<b>PARZIALMENTE ADEGUATA</b>		<b>INADEGUATA</b>
	<b>STRUMENTI DI P&amp;C</b>	<b>ADOTTATI CORRETTAMENTE</b>	<b>ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA</b>	<b>ADOTTATI</b>	<b>NON PRESENTI</b>
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>					
	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>
	<b>VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI</b>	<b>OBIETTIVI IMPOSTI</b>	<b>OBIETTIVI NEGOZIATI</b>	<b>CRITERI NON FORMALIZZATI</b>
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico</b>	<b>PRESENTE E VINCOLANTE</b>	<b>PRESENTE NON VINCOLANTE</b>		<b>ASSENTE</b>
	<b>VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali</b>	<b>OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI</b>	<b>OB.VI DI SETTORE IMPOSTI</b>	<b>PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI</b>	<b>NON PRECISATA</b>

- 1) Il monitoraggio delle attività riconducibili al SIAN, sebbene supportato dai Sistemi Informativi a disposizione, risente in parte delle carenze evidenziate nel processo di programmazione.

<b>ASL di VERCELLI</b>	<b>PESO</b>	<b>SCORE</b>	<b>COEFF. TREND</b>	<b>TOTALE</b>	<b>MAX</b>	<b>%</b>
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>13,5</b>	<b>15</b>	<b>90,0%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0		3,0		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	3,0	0,8	3,6		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	3,0	0,8	2,4		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>10,5</b>	<b>15</b>	<b>70,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	0,0		0,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	1,5		1,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		

## ASL CUNEO 1: INDICATORI DIPARTIMENTALI

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE					
PROG.ONE STRATEGICA	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		ASSENTE/ INADEGUATO	
PROG.ONE ANNUALE	PRESENTE E ADEGUATA	PRESENTE		INADEGUATA	
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	PRECISO E PUNTUALE	PARZIALMENTE ADEGUATA		INADEGUATA	
STRUMENTI DI P&C	ADOTTATI CORRETTAMENTE	ADOTTATI CON TEMPISTICA NON IDONEA	ADOTTATI	NON PRESENTI	
SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI					
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	OBIETTIVI NEGOZIATI ED ADEGUATI	OBIETTIVI IMPOSTI	OBIETTIVI NEGOZIATI	CRITERI NON FORMALIZZATI	
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	PRESENTE E VINCOLANTE	PRESENTE NON VINCOLANTE		ASSENTE	
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	OB.VI DI SETTORE NEGOZIATI	OB.VI DI SETTORE IMPOSTI	PRIVA D'OB.VI DI SETTORE ADEGUATI	NON PRECISATA	

ASL CUNEO 1	PESO	SCORE	COEFF. TREND	TOTALE	MAX	%
<b>PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE E ANNUALE</b>	<b>5</b>			<b>15,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>
PROGRAMMAZIONE STRATEGICA	1,0	3,0		3,0		
PROGRAMMAZIONE ANNUALE	1,5	3,0		4,5		
MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'	1,0	3,0		3,0		
STRUMENTI DI P&C	1,5	3,0		4,5		
<b>SISTEMA DI VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI</b>	<b>5</b>			<b>15,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE CAPO DIP.TO: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: incarico	1,0	3,0		3,0		
VALUTAZIONE DIRIGENTI MED./VETERINARI: obiettivi annuali	1,5	3,0		4,5		

Il presente rapporto consta di 23 pagine e viene consegnato alla Direzione Generale Salute della Regione Piemonte.

Torino, 10/10/2014

### ***LEGENDA :***

AC – Autorità Competente

ARPA – Agenzia Regionale Protezione Ambiente

ASL – Azienda Sanitaria Locale

BDN – Banca Dati Nazionale

BDR – Banca Dati Regionale

DPEF – Documento di Programmazione Economico Finanziaria

IZS – Istituto Zooprofilattico Sperimentale

LEA – Livelli Essenziali di Assistenza

MS – Ministero della salute

OSA – Operatore del Settore Alimentare

PAISA- Piano Aziendale Integrato di Sicurezza Alimentare

PRISA - Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare

PSSR – Piano Socio Sanitario Regionale

SC - Strutture Complesse

SIAN – Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

SIAOA – Servizio di Igiene Alimenti di Origine Animale (Area B)

SIAPZ – Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

SSA – Servizio di Sanità Animale (Area A)

SPVeSA - Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti