



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

2025-2027

ANNO 2025



INDICE

PREMESSA.....	8
Introduzione: Il percorso normativo e i contenuti del documento.....	8
1. SCHEDA ANAGRAFICA.....	13
1.1 Chi siamo	13
1.2 Cosa Facciamo e come operiamo	19
1.3 L'ASL CN1 "in cifre"	20
1.3.1 Personale Dipendente	20
1.3.2 Il Presidio Ospedaliero.....	22
1.3.3 L'attività Distrettuale.....	29
1.3.4 Il Dipartimento di Salute Mentale	31
1.3.4.1 Psicopatologia dello sviluppo	33
1.3.5 Il Dipartimento Patologia delle Dipendenze.....	34
1.3.6 L'Attività di Prevenzione.....	38
1.3.6.1 UVOS – Prevenzione Serena.....	38
1.3.6.2 Il Dipartimento di Prevenzione.....	39
1.4 Analisi del contesto interno.....	44
1.4.1 Modello organizzativo	44
1.4.2 Clima interno: benessere organizzativo	48
1.4.2.1 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.....	51
1.4.3 Le risorse economico-finanziarie.....	53
1.4.3.1 Gestione economico-finanziaria.....	53
1.4.4 Customer Satisfaction.....	58
1.4.5 Reclami dei cittadini-utenti	59
1.4.6 Procedimenti disciplinari	59
1.4.7 Esito dei Questionari sulla percezione della corruzione svolti all'interno dell'ASL CN1	60
1.5. Analisi del contesto esterno	69
1.5.1 Contesto socio – economico.....	69
1.5.2. Contesto demografico	70
1.5.3 Contesto sanitario	73
1.5.4 Indagine sulla qualità della vita	75

1.5.4.1 Analisi dell'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (Ires) Piemonte.....	79
1.5.4.2 Le osservazioni sulla qualità dei servizi pubblici sulla base dell'indice "European Quality of Government Index (EQI)"	88
1.5.5 Focus sul Sistema Sanitario Regionale.....	91
1.5.6 Le statistiche giudiziarie e la delittuosità	99
1.5.6.1 Dalle Relazioni Semestrali della Direzione Investigativa Anti Mafia al Parlamento.....	109
1.5.7 Indice di percezione della corruzione.....	114
1.5.7.1 Rapporti CENSIS sulla situazione sociale del Paese	120
1.5.7.2 Rapporti Eurispes sulla Corruzione in Italia.....	124
1.5.8 Conclusioni sul contesto esterno con riferimento al rischio corruttivo	128
1.5.9 Esame del rapporto fra i Contesti Esterno e Interno e Misure di prevenzione della corruzione.	131
1.5.10 L'effetto della Pandemia da CoViD sui reati connessi alla Corruzione.....	133
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	139
2.1 Valore Pubblico.....	139
2.1.1 Definizione	139
2.1.2 L'impatto del Valore Pubblico	144
2.1.3 L'importanza delle informazioni.....	147
2.1.4 La transizione digitale nella creazione di Valore Pubblico	148
2.1.5 La cassetta degli attrezzi dell'ASL CN1	150
2.1.6 Come rendere operative le strategie per il Valore Pubblico	166
2.1.7 Come si protegge il Valore Pubblico.....	167
2.1.8 Pianificazione strategica del Valore Pubblico in ASL CN1.....	168
2.2 Obiettivi strategici e di Performance.....	173
2.2.1 Albero della Performance.....	173
2.2.1.1 La valutazione partecipativa.....	181
2.2.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	183
2.2.2.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale	187
2.2.3 Il Processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	188
2.2.3.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	188
2.2.3.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	189
2.2.3.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance	190
2.3 Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	193
2.3.1 PARTE GENERALE - Paragrafo 1: SEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO	194

2.3.1.1 Scopo e finalità della Sezione Prevenzione della corruzione e Trasparenza del PIAO	194
2.3.1.2 Struttura della Sezione Prevenzione della corruzione e Trasparenza del PIAO	195
2.3.1.3 Processo di adozione, adeguamento, aggiornamento e validità temporale.....	196
2.3.1.4 Ambito di applicazione	198
2.3.1.5 Obblighi di conoscenza	198
2.3.1.6 Il Contesto normativo: il livello statale e il livello aziendale	199
2.3.1.7 Obiettivi e azioni della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO	203
2.3.1.8 Coordinamento con il ciclo della performance	205
2.3.2 PARAGRAFO 2 - SOGGETTI, COMPITI E RESPONSABILITÀ	207
2.3.2.1 Il Direttore Generale.....	207
2.3.2.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione	208
2.3.2.3 Prerogative del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	209
2.3.2.3.1 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	210
2.3.2.3.2 Modalità di comunicazione	211
2.3.2.3.3 Il Responsabile della Trasparenza	211
2.3.2.3.4 Referenti per la Prevenzione della Corruzione.....	212
2.3.2.3.5 Il Responsabile dell’Anagrafe delle Stazioni Appaltanti (RASA)	213
2.3.2.3.6 Il Data Protection Officer (DPO)	213
2.3.2.3.7 Responsabile per la Transizione Digitale (RTD)	213
2.3.2.3.8 Strutture di supporto.....	214
2.3.2.3.9 Dirigenti	214
2.3.2.3.10 L’Organismo Indipendente di Valutazione	215
2.3.2.3.11 L’Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD)	215
2.3.2.3.12 I dipendenti dell’amministrazione.....	215
2.3.2.3.13 I collaboratori a qualsiasi titolo dell’amministrazione	216
2.3.3 PARAGRAFO 3 - LE RESPONSABILITÀ.....	216
2.3.3.1 Responsabilità del Direttore Generale	216
2.3.3.2 Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della corruzione.....	216
2.3.3.3 Responsabilità dei dipendenti	217
2.3.3.4 Provvedimenti nei confronti del personale convenzionato, dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi	218
2.3.4 PARAGRAFO 4 - LA GESTIONE DEL RISCHIO	218
2.3.4.1 Principi per la gestione del rischio.....	218

2.3.4.2 Il processo di gestione del rischio.....	219
2.3.4.3 Aree a rischio	226
2.3.4.4 Il monitoraggio e le azioni di risposta.....	226
2.3.5 PARTE SPECIALE “A” - MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO	229
2.3.5.1 PARAGRAFO 1 - MISURE OBBLIGATORIE	229
2.3.5.1.1 Obblighi di trasparenza.....	229
2.3.5.1.2 La Garanzia dell’Accesso Civico	230
2.3.5.1.3 Codice di comportamento	230
2.3.5.1.4 Rotazione del Personale	233
2.3.5.1.5 Obbligo di astensione	234
2.3.5.1.6 Attività e incarichi extra-istituzionali.....	235
2.3.5.1.7 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni.....	236
2.3.5.1.8 Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza.....	239
2.3.5.1.9 Incarichi vietati	240
2.3.5.1.10 Incarichi consentiti	240
2.3.5.1.11 Incarichi gratuiti.....	241
2.3.5.1.12 Attività successiva allo svolgimento del rapporto di lavoro (Pantouflage - Revolving doors).....	241
2.3.5.1.13 Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale	243
2.3.5.1.14 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)	244
2.3.5.1.15 Procedure per la selezione del personale	246
2.3.5.1.16 Formazione	246
2.3.5.1.17 Patti di integrità	249
2.3.5.1.18 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	250
2.3.5.1.19 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti	251
2.3.5.1.20 Monitoraggio dei rapporti fra l’azienda e i soggetti che con la stessa instaurano rapporti di rilevanza economica	252
2.3.5.1.21 Rapporti con enti di diritto privato e società partecipate in controllo pubblico	252
2.3.5.2 PARAGRAFO 2 - MISURE ESISTENTI E ULTERIORI	254
2.3.5.2.1 Misure esistenti	254
2.3.5.2.2 Misure ulteriori di carattere generale	268
2.3.5.2.3 Regole/misure specifiche ulteriori rispetto a quelle obbligatorie.....	269
2.3.6 PARTE SPECIALE “B” – PROGRAMMAZIONE DELLA TRASPARENZA	272
2.3.6.1 Principi generali	275
2.3.6.2 Le principali novità.....	277

2.3.6.3	Procedimento di elaborazione e adozione del programma	278
2.3.6.3.1	Obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice negli atti di indirizzo	278
2.3.6.3.2	Uffici e dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma.....	279
2.3.6.3.3	Modalità di coinvolgimento degli stakeholders e i risultati di tale coinvolgimento	280
2.3.6.4	Le iniziative di comunicazione della trasparenza	281
2.3.6.4.1	Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati	281
2.3.6.4.2	Organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza	282
2.3.6.5	Processo di attuazione.....	282
2.3.6.5.1	Individuazione dei Dirigenti Responsabili della trasmissione, pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati	283
2.3.6.5.2	Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi	283
2.3.6.5.3	Sistema di monitoraggio con l'individuazione dei Dirigenti Responsabili	284
2.3.6.5.4	Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"	284
2.3.6.5.5	Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico "semplice" dell'accesso civico "generalizzato"	285
2.3.6.6	Dati ulteriori	287
3	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	289
3.1	Organizzazione del lavoro agile	289
3.2	Formazione	290
4	MONITORAGGIO.....	295
4.1	Prevenzione della Corruzione – Trasparenza	296

PREMESSA

Introduzione: Il percorso normativo e i contenuti del documento

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il 2 dicembre 2021 è arrivato il via libera della Conferenza Unificata al decreto del Ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, con cui si definisce il contenuto del PIAO.

Il 9 febbraio 2022 è stato approvato nella Conferenza Unificata *"Intesa sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica"* recante: *"Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato delle attività e organizzazione, ai sensi dell'art. 6, comma 5, del decreto - legge 9 giugno 2021, n.80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113"* anche lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica riguardante l'individuazione e l'abrogazione dei piani e degli adempimenti destinati a essere assorbiti dal PIAO. Lo schema di D.P.R. aveva cominciato il proprio iter subito dopo l'approvazione del PIAO: l'articolo 1 abroga le disposizioni che vengono sostituite dal Piano e l'articolo 2 modifica, puntualmente, i casi in cui non è possibile abrogare l'adempimento ma occorre procedere con gli adattamenti necessari.

Dopo l'approvazione in Conferenza Unificata il testo è stato sottoposto all'esame del Consiglio di Stato, la cui la Sezione Consultiva ha rilasciato il 2 marzo 2022 il parere n. 506 recante: *"Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-legge 9 giugno 2021, n.80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113"* in cui, pur esprimendo parere favorevole agli obiettivi di semplificazione del., vengono suggeriti correttivi e integrazioni all'assetto PIAO giuridico e normativo per rendere il Piano uno strumento operativo.

Il 21 aprile 2022 il Consiglio dei Ministri ha approvato la proroga del termine per adottare il PIAO al 30 giugno 2022, inserendolo nel testo del Decreto PNRR 2 bis, pubblicato nel n. 100 della Gazzetta Ufficiale del 30 aprile 2022.

Il DPR n. 81 del 24/06/2022 ha individuato e abrogato gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO.

La norma stabilisce che, una volta entrato a pieno regime, il PIAO debba essere approvato dagli Enti entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica n. 132 del 30/06/2022 *"Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione"* emana il regolamento sulle finalità e l'ambito di applicazione del PIAO definendone la composizione e le sezioni.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica ha attivato sul proprio sito un portale per l'inserimento del Piano da parte delle PP.AA., ove sono consultabili le linee guida elaborate dalle competenti Autorità, ed ha reso disponibile il template per la predisposizione del Piano.

L'11 ottobre 2022 è stata emanata la nota circolare n. 2/2022 del Dipartimento della Funzione

pubblica che contiene indicazioni operative in materia di Piano Integrato di Attività e Organizzazione, di cui all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 (decreto Reclutamento).

In sintesi la nota circolare contiene:

- chiarimenti e informazioni sul quadro normativo e sul funzionamento del Portale PIAO, messo a disposizione delle amministrazioni dal Dipartimento dal 1° luglio 2022 per il caricamento e la pubblicazione dei Piani integrati di attività e organizzazione, nonché in merito al relativo meccanismo di registrazione;
- la prima iniziativa di monitoraggio del PIAO avviata dal Dipartimento della Funzione pubblica con il supporto tecnico-metodologico della Commissione tecnica per la performance, nominata con Dm 14 aprile 2022, un'indagine che vuole rappresentare un importante momento per acquisire, nell'ottica di collaborazione con le amministrazioni interessate, elementi informativi sul processo di pianificazione, programmazione e predisposizione del nuovo documento integrato. Il questionario sarà disponibile on line nell'area riservata del Portale PIAO dal 12 ottobre. Il termine per rispondere all'indagine è fissato al 31 ottobre 2022;
- l'invito per le PP.AA. ad inserire gli obiettivi di risparmio energetico nella Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e **definisce**:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi (di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa);
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione);
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il

ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

L'intento del PIAO è la riduzione degli oneri per le Amministrazioni e al contempo il miglioramento dei risultati delle attività degli Enti al servizio dei cittadini e delle imprese. La programmazione integrata dovrebbe comportare, come anche evidenziato dal Consiglio di Stato (parere sez. atti normativi n. 506/2022), una graduale reingegnerizzazione dei processi operativi delle amministrazioni, anche in considerazione dei quattro principali contenuti:

- Obiettivi di Valore Pubblico e loro strategie attuative
- Obiettivi operativi di Performance
- Misure anticorruzione e trasparenza
- Azioni di miglioramento della salute organizzativa e professionale

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, in quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL CN1 rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione.

L'adozione del presente documento si colloca in una fase storica complessa di cambiamenti dovuti alle numerose riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per superare il periodo post-pandemia, reso ancora più difficile dagli scenari bellici nell'Est Europa. Gli impegni assunti con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni, incidendo in modo significativo sull'innovazione, sull'organizzazione e sulla programmazione avendo come orizzonte il Valore Pubblico.

Per strutturare il documento del PIAO si è scelta l'immagine circolare, con gli incastri colorati perché il puzzle rappresenta anche in modo visivo un concetto caleidoscopico che muta a seconda



della prospettiva d'osservazione e del contesto osservato, non più un concetto settoriale ma l'integrazione tra adempimenti che confluiscono in una visione trasversale.

L'immagine raffigura quindi l'idea che i diversi Piani aziendali, un tempo singoli adempimenti con autonomia propria, ora sono parte integrante di un unico documento che assume un nuovo significato nell'ottica di interconnessione dei servizi: creazione di Valore Pubblico a favore della comunità al fine di creare coesione sociale.

La circolarità dell'immagine ci fa capire che tutti i settori strategici aziendali, a partire dall'Amministrazione, concorrono alla

creazione del Valore Pubblico che passa attraverso il Piano della Performance, prosegue nel Piano della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, analizza l'organizzazione del capitale umano e termina con il monitoraggio all'interno del quale vengono indicati gli strumenti e le modalità di rilevazione, incluso il gradimento di soddisfazione dell'utente.

Progettare una struttura del documento che favorisca la *semplificazione* (meno piani e adempimenti), la *selettività* (pochi obiettivi selezionati e prioritari), l'*adeguatezza* (obiettivi più sfidanti, indicatori congrui e multidimensionali, target migliorativi), l'*integrazione verticale* (dalle priorità politiche, al Valore Pubblico, alle Performance, alla Salute delle risorse) e *orizzontale* (tra gestione performance e gestione rischi corruttivi) e la *funzionalità*.

Il Piano è quindi il risultato di un complesso lavoro di Team, che ha coinvolto direttamente e indirettamente tutta l'Azienda, per leggere nell'ottica del Valore Pubblico la mappatura dei processi aziendali, cercando di far emergere nella lettura le relazioni di causa-effetto tra l'attività, l'organizzazione, i rischi ed i risultati ottenuti.

**SCHEDA ANAGRAFICA
DELL'AMMINISTRAZIONE**



1. SCHEDA ANAGRAFICA

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.

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.

1.1 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".

Con deliberazione n. 259 del 10/11/2015, è stato approvato l'Atto Aziendale dell'ASL CN1.

L'Atto Aziendale è stato successivamente modificato, integrato e rettificato con deliberazioni n. 238 del 01/07/2016, n. 358 del 31/10/2016, n. 346 del 05/10/2017, n. 164 del 18/04/2019, n. 203 del 13/05/2019, n. 627 del 30/09/2021, n. 52 del 14/02/2022 (integrata dalla deliberazione n. 109 del 06/04/2022), n. 394 del 30/11/2022 e n. 129 del 31/03/2023 (integrata dalla deliberazione n. 184 del 22/05/2023). L'Organigramma dell'Atto Aziendale vigente (allegato) è stato recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 6-7419 del 4/9/2023.

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.

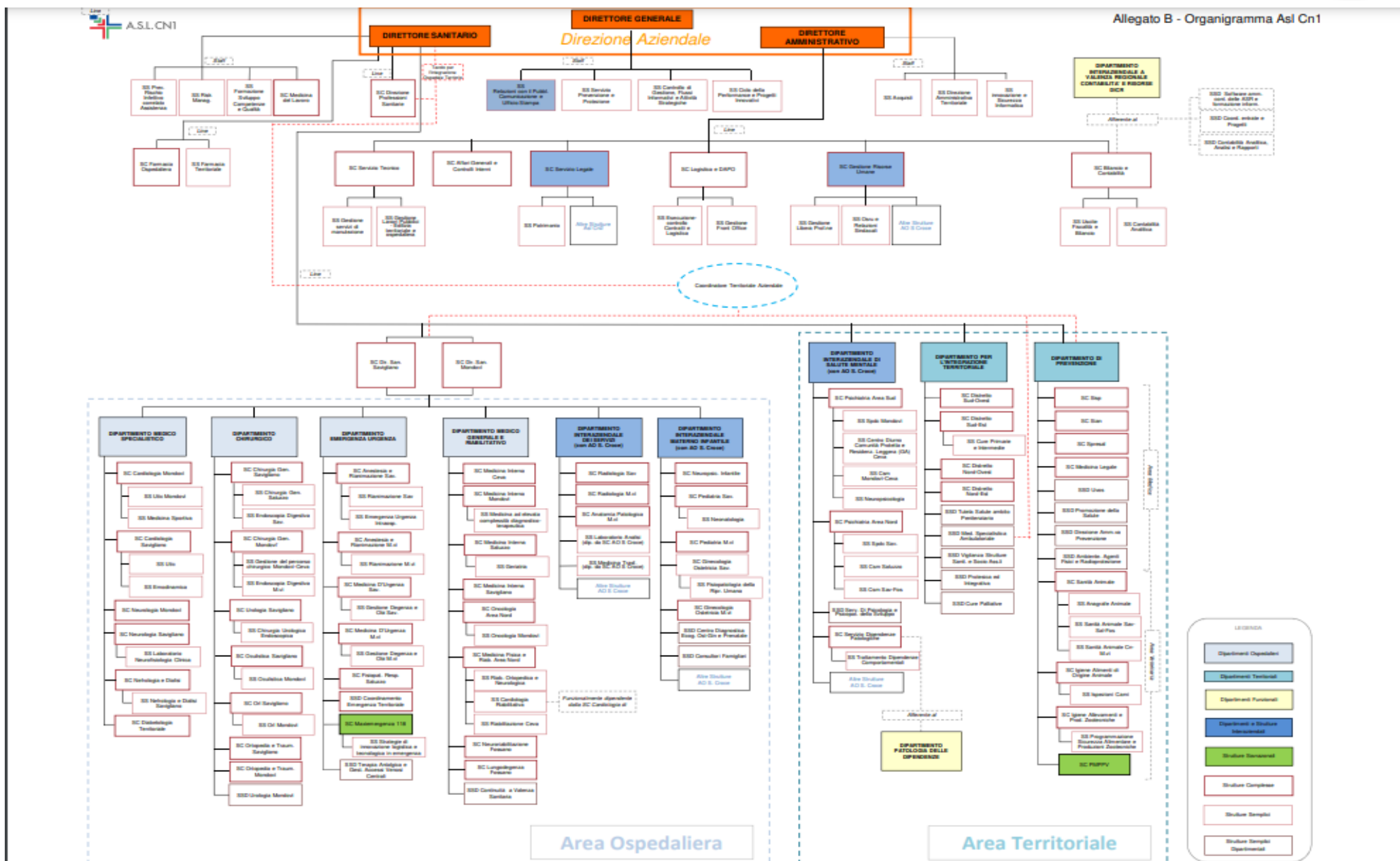
L'Azienda svolge la funzione di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti con essa accreditati.

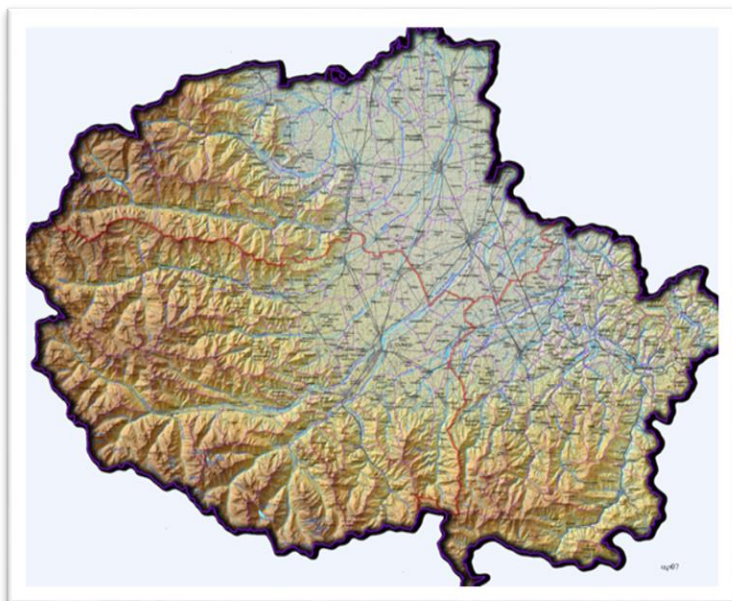
L'ASL CN1 adotta criteri e tecniche di gestione orientati a garantire l'assunzione delle responsabilità dei dirigenti e dei dipendenti/collaboratori, non solo su basi puramente funzionali, bensì secondo logiche di gestione per processi.

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. È 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 approvato con Deliberazione (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 173 Comuni. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%).

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 appartenenza.

Distretto Sud-Ovest, composto dai seguenti Comuni (53): Acceglio, Aisone, Argentera, Beinette, Bernezzo, Borgo San Dalmazzo, Boves, Busca, Canosio, Caraglio, Cartignano, Castelletto Stura, Castelmagno, Celle di Macra, Centallo, Cervasca, Chiusa di Pesio, Cuneo, Demonte, Dronero, Elva, Entracque, Gaiola, Limone Piemonte, Macra, Margarita, Marmora, Moiola, Montanera, Montemale di Cuneo, 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, Leseigno, 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 (37): Bagnolo Piemonte, Barge, Bellino, Brondello, Brossasco, Cardè, Casalgrasso, Casteldelfino, Costigliole Saluzzo, Crissolo, Envie, Faule, Frassinio, Gambaasca, Isasca, Lagnasco, Manta, Martiniana Po, Melle, Moretta, Oncino, Ostana, Paesana, Pagno, Piasco, Polonghera, Pontechianale, Revello, Rifreddo, Rossana, Saluzzo, Sampeyre, Sanfront, Scarnafigi, Torre San Giorgio, 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 nel territorio dell'ASL CN1 al 31 dicembre 2023 è 413.017, con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (71 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 31/12/2023, 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>	206.990 (50,1%)	292.968 (50,3%)	2.175.175 (51,2%)	30.124.502 (51,1%)
<i>Maschi</i>	206.027 (49,9%)	289.226 (49,7%)	2.077.406 (48,8%)	28.846.728 (48,9%)
TOTALE	413.017	582.194	4.252.581	58.971.230

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 "Regina Montis Regalis" di Mondovì sito in via San Rocchetto n. 99;
- ❖ Ospedale "Poveri Infermi" di Ceva sito in Località San Bernardino n. 4;
- ❖ Ospedale "SS. Annunziata" di Savigliano sito in via Ospedali n. 5;
- ❖ Ospedale "Civile" di Saluzzo sito in via Spielberg n. 58;
- ❖ Ospedale "SS. Trinità" di Fossano sito in via Ospedali n. 4.

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.

1.2 Cosa Facciamo e come operiamo

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'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.

1.3 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 definiti 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, sotto forma di apposita sezione, la "Programmazione della Trasparenza"; in molti casi vengono confrontati con gli anni precedenti ed il consuntivo 2024 viene costruito dai dati parziali attualmente disponibili, in proiezione: come di consueto, nella Relazione sulla Performance anno 2024 saranno aggiornati i dati relativi al consuntivo completo dell'anno 2024.

1.3.1 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, nelle misure definite dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 46-6202 del 07/12/2022 per gli anni 2022 – 2023 - 2024. Successivamente, con D.G.R. n. 33-538 del 16/12/2024, la Regione Piemonte ha confermato i descritti tetti di spesa per gli anni 2023 e 2024, nonché definito il tetto di spesa 2025 in via provvisoria.

Di seguito la situazione della dotazione organica nell'ultimo triennio.

DOTAZIONE ORGANICA			
	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
QUALIFICA			
PERSONALE MEDICO	485	472	465
PERSONALE VETERINARIO	101	103	115
ODONT.E ALTRO PER.LAUR.	65	69	74
PERSONALE INFERMIERISTICO	1679	1671	1638
PERSONALE RIABILITATIVO	244	240	267
ALTRO PERSONALE SANITARIO	192	198	201
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	11	11	12
PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO	1	1	1

DIRIGENTI RUOLO TECNICO	6	5	5
PERSONALE TECNICO E SOCIO SANITARIO COMPARTO	662	655	650
PERSONALE AMM.VO DIRIGENTI	18	17	14
PERSONALE AMM.VO COMPARTO	465	458	455
<u>TOTALE AZIENDA</u>	3.929	3.900	3.897

PRESENZE EFFETTIVE			
	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
QUALIFICA			
PERSONALE MEDICO	456,67	451,04	440,24
PERSONALE VETERINARIO	95,40	100,10	114,10
ODONT.E ALTRO PER.LAUR.	58,56	62,93	67,83
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.508,35	1.525,55	1.475,55
PERSONALE RIABILITATIVO	210,49	208,60	232,30
ALTRO PERSONALE SANITARIO	179,58	183,08	189,28
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	11,00	10,00	12,00
PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO	1,00	1,00	1,00
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	6,00	4,00	5,00
PERSONALE TECNICO E SOCIO SANITARIO COMPARTO	604,18	609,75	598,92
PERSONALE AMM.VO DIRIGENTI	15,00	15,00	12,00
PERSONALE AMM.VO COMPARTO	425,26	424,19	413,73
<u>TOTALE AZIENDA</u>	3.571,49	3.595,24	3.561,95

Composizione del personale dipendente (media annuale su presenze effettive)	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Personale medico, veterinario e altro personale laureato ruolo sanitario	604,80	604,34	617,43

Personale infermieristico, riabilitativo e altro personale sanitario	1.851,53	1.898,31	1.896,76
Personale dirigente ruolo tecnico amministrativo e professionale	32,16	31,17	30,33
Personale comparto ruolo amministrativo e professionale	423,91	418,94	413,97
Personale comparto ruolo tecnico e socio sanitario	605,79	603,38	598,55
TOTALE	3.518,19	3.556,14	3.557,04

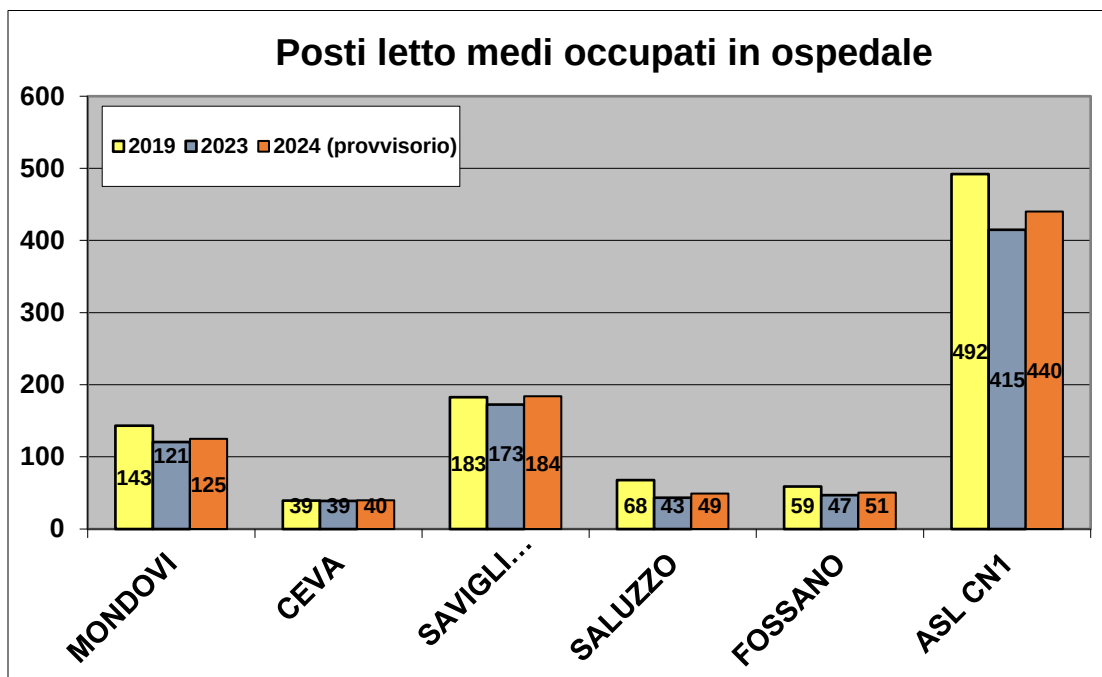
1.3.2 Il Presidio Ospedaliero

PREMESSA

Nei paragrafi seguenti sono riportati i grafici e le tabelle relativi all'attività sanitaria ospedaliera dell'ASL CN1, il fabbisogno espresso dai suoi residenti e le componenti di mobilità attiva e passiva riguardanti gli anni 2019, 2023 e la previsione per il 2024 basata sui dati ad oggi disponibili dai flussi regionali (in particolare i valori della mobilità passiva potrebbero essere ancora leggermente sottostimati). Sono stati messi a confronto tre anni, per consentire di evidenziare l'andamento del 2024 sia rispetto al 2019, periodo pre-COVID e anno di riferimento cui tendere in termini di produzione delle Aziende, sia rispetto all'anno precedente. Come di consueto, gli anni considerati sono stati rappresentati in forma di confronto, ma è indispensabile sottolineare come la carenza di personale medico, ormai cronica soprattutto nelle discipline di Neurologia, Ginecologia, Radiologia, Medicina, Anestesia e Medicina d'Urgenza, e la difficoltà nel reperire specialisti ambulatoriali soprattutto in discipline quali Dermatologia, Pneumologia, Allergologia influisca pesantemente sui dati di produzione dell'Azienda.

Posti letto

Nel grafico sottostante è dettagliata l'occupazione media giornaliera dei posti letto ospedalieri nel periodo 2019-2023-2024 (provvisorio).

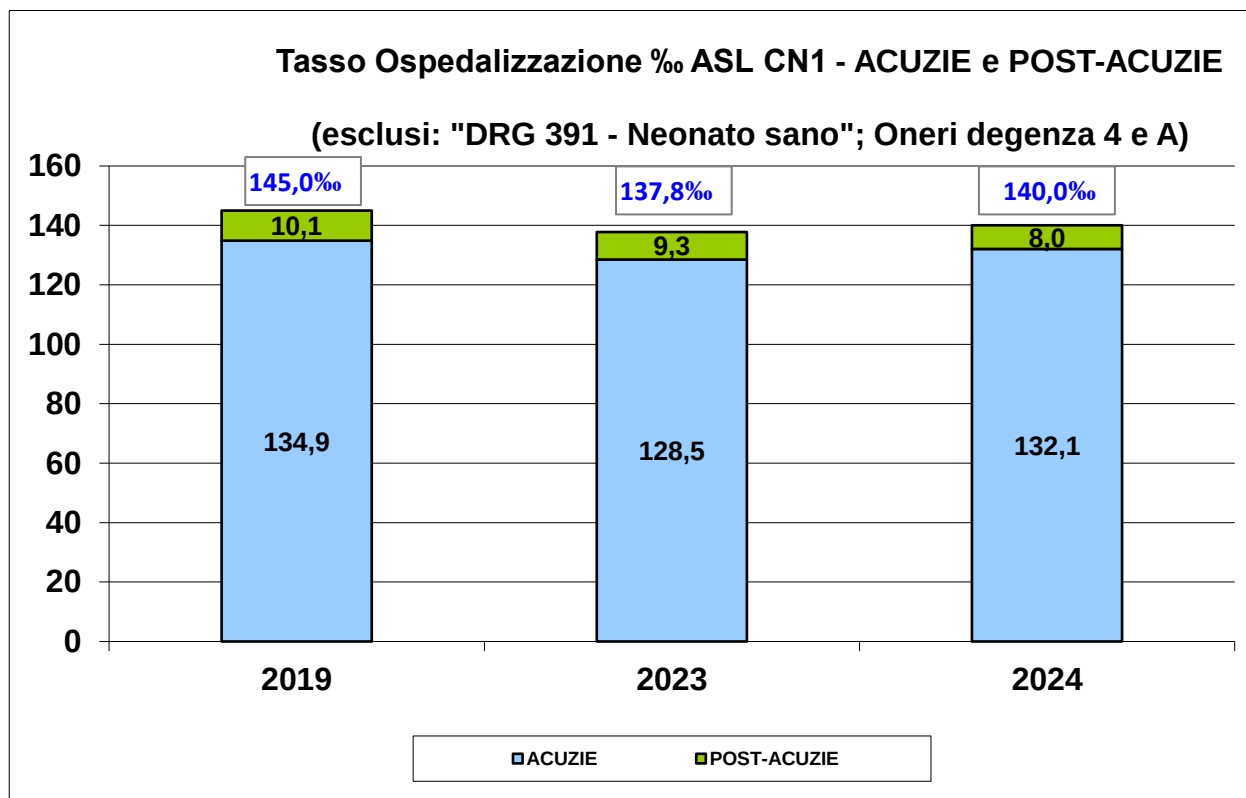


Il dato relativo al Presidio di Mondovì, seppur in incremento rispetto al 2023, è influenzato dalla importante riduzione di PL di Medicina Generale a causa della carenza di organico mentre per quello di Saluzzo occorre segnalare che per buona parte del 2024 ha ancora dovuto mantenere una sezione dedicata ad ospitare i pazienti COVID (a scapito di posti letto di Medicina Generale) con picchi di occupazione solo in alcuni periodi.

Tasso di Ospedalizzazione

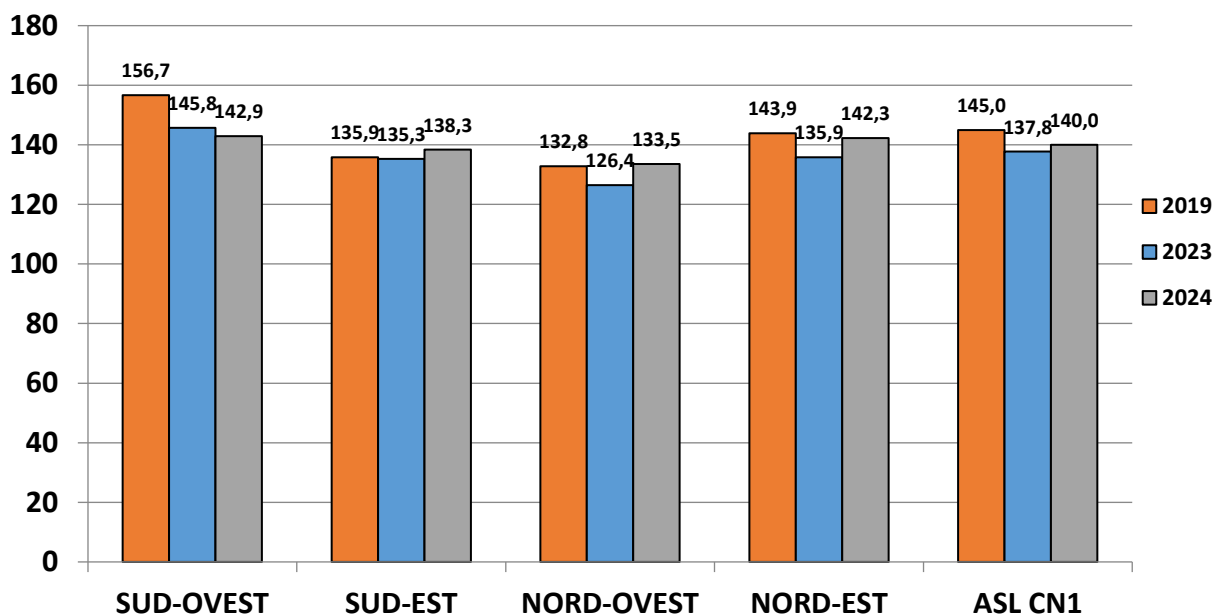
Nei seguenti grafici è rappresentato il tasso di ospedalizzazione dei residenti dell'ASL CN1 (il dato dei ricoveri fuori regione nel 2024 è relativo al 2023, in quanto ultimo disponibile). Nel primo grafico il tasso è scorporato per macroarea di ricovero e nel secondo per Distretto.

Per quanto risulti evidente un trend in crescita, il tasso di ospedalizzazione 2023 (il dato è riferito al periodo gennaio-novembre) è ancora inferiore al 2019. Persiste, come già negli anni passati, una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale, con il tasso più elevato nel Sud-Ovest (sul cui territorio l'AO S. Croce e Carle è anche ospedale di riferimento) e più basso nel Nord-Ovest.



Per quanto risulti evidente un trend in crescita, il tasso di ospedalizzazione 2024 (il dato è riferito al periodo gennaio-novembre) è ancora inferiore al 2019. Persiste, come già negli anni passati, una differenza abbastanza rilevante a livello distrettuale, con il tasso più elevato nel Sud-Ovest (sul cui territorio l'AO S. Croce e Carle è anche ospedale di riferimento) ma si rileva un incremento su tutti gli altri distretti.

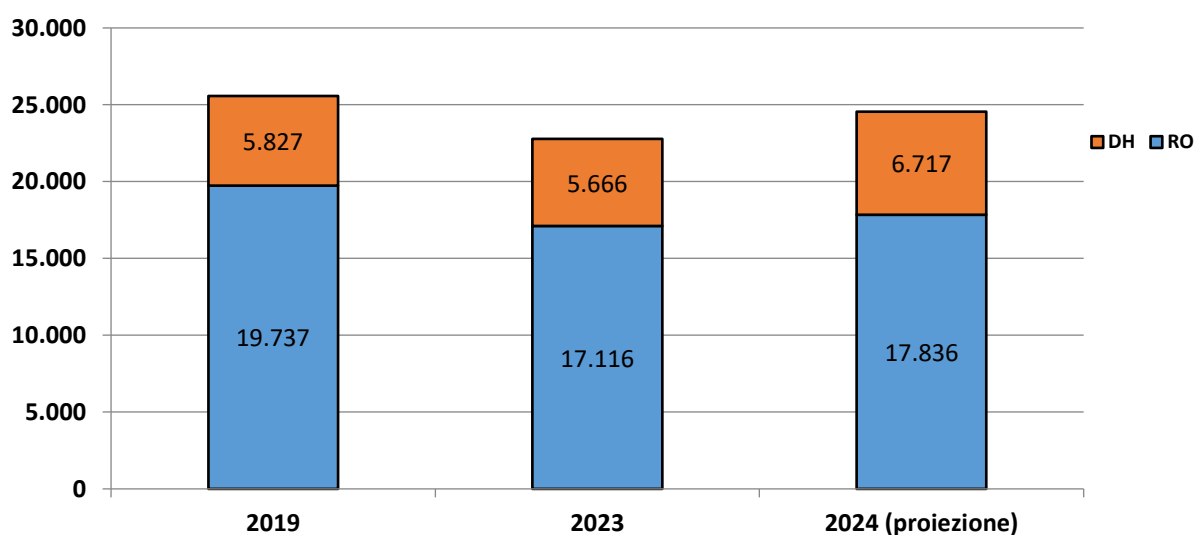
Tasso Ospedalizzazione % per Distretto



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 2019, 2023 e 2024.

Attività di ricovero ospedali ASL CN1



Come dettagliato nelle tabelle sotto riportate, nel 2024 la produzione dell'ASL CN1 è ancora leggermente inferiore rispetto a quella del 2019, sia in termini di numero di casi, sia per quanto riguarda il corrispondente valore tariffario. Sugli interventi di Alta, Media e Bassa complessità

monitorati dal PNGLA, l'ASL ha tuttavia raggiunto buone performance superando la produzione del 2019 (+3% circa). Mentre gli ospedali dell'Area SUD hanno raggiunto ampiamente, in termini di numero ricoveri totali, la produzione del 2019, quelli dell'area NORD risentono ancora della diminuzione del numero di ricoveri di Medicina Generale presso l'Ospedale di Saluzzo (che per parte del 2024 ha ancora dovuto mantenere un nucleo dedicato ai ricoveri COVID di media intensità) e al calo importante delle nascite nel presidio di Savigliano.

Produzione ricoveri 2019-2023-2024 (CASI)

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

Produzione ricoveri 2019-2023-2024 (VALORE)

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

Come si evince dalle seguenti tabelle, seppur non ancora ai livelli 2019, la mobilità attiva intraregionale è cresciuta rispetto al 2023 mentre quella passiva è leggermente diminuita.

Va considerato tuttavia, come espresso in premessa, che il dato potrebbe essere ancora leggermente sottostimato in quanto estrapolato prima della chiusura definitiva dei flussi 2024.

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2023-2024 (CASI)

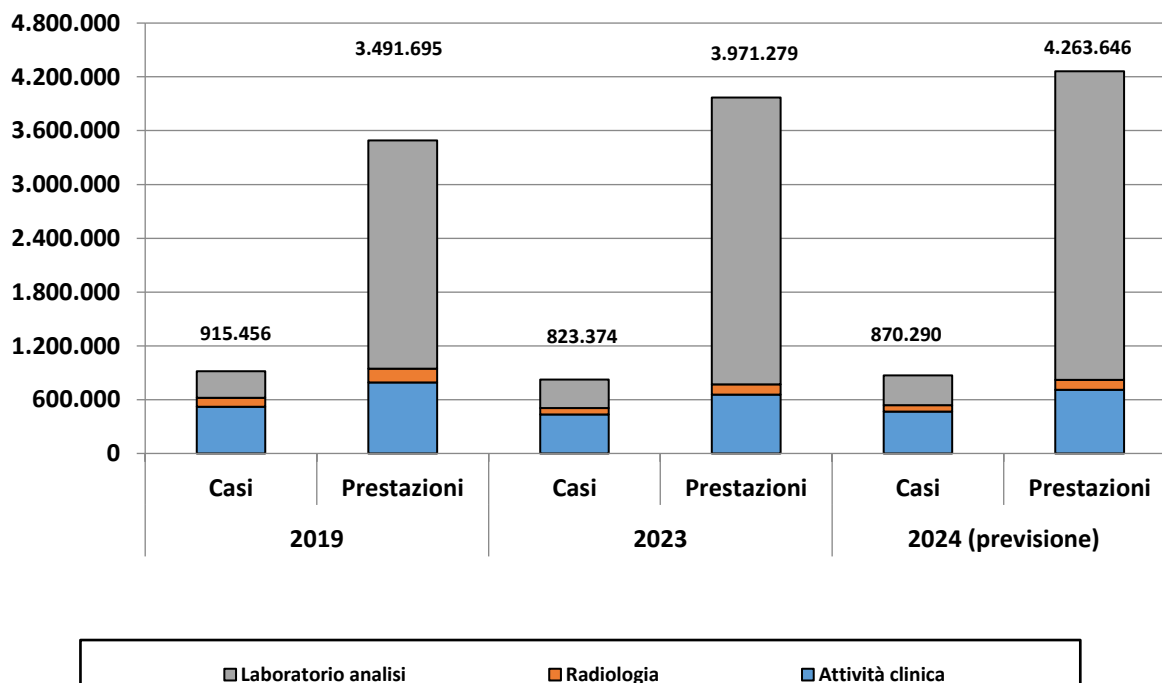
TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2023	2024 (provvisorio)	2024 vs. 2023	
					N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area SUD	586	453	471	18	4,0%
	P.O. Area NORD	2.566	1.588	1.652	64	4,0%
	TOTALE	3.152	2.041	2.123	82	4,0%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	28.221	25.491	25.935	444	1,7%
	Altro	10.388	10.995	10.162	-833	-7,6%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

Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2023-2024 (VALORE)

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

Relativamente alla specialistica ambulatoriale (di seguito rappresentata), al contrario di quanto avvenuto per i ricoveri, si è registrato, in termini di numero di prestazioni, un aumento dell'attività anche rispetto al 2019. Particolarmente evidente è stato l'incremento dell'attività di laboratorio (la cui quota maggiore è svolta, per conto della ASL CN1, dall'HUB di riferimento S.Croce e Carle di Cuneo) ma sono risultate in crescita anche alcune visite e altre prestazioni specialistiche, grazie soprattutto ai potenziamenti messi in atto per la riduzione dei tempi d'attesa, coerentemente con le indicazioni regionali in materia.

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 2019-2023-2024

MOB. ATTIVA	2019		2023		2024 (provvisorio)		2024 vs. 2023			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
Residenti Piem onte	134.801	2.506.651	132.926	1.935.189	144.555	2.075.007	11.629	8,7%	139.818	7,2%
Residenti altre Regioni	87.179	1.328.491	66.607	938.263	71.725	1.042.960	5.118	7,7%	104.698	11,2%
TOTALE	221.980	3.835.142	199.533	2.873.452	216.280	3.117.967	16.747	8,4%	244.515	8,5%

Il 2024 ha fatto registrare un incremento della mobilità attiva della specialistica ambulatoriale sia a per residenti in altre ASL piemontesi sia per quanto riguarda i residenti fuori regione.

Mobilità passiva intraregionale specialistica ambulatoriale 2019-2023-2024

EROGATORE	2019		2023		2024 (provvisorio)		2024 vs. 2023			
	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni	Tariffa	Prestazioni		Tariffa	
ASO Cuneo	1.573.706	32.792.244	1.754.237	40.916.695	1.818.142	41.223.862	63.905	3,6%	307.167	0,8%
Altro	311.465	7.713.110	350.934	9.922.661	392.401	11.706.338	41.467	11,8%	1.783.677	18,0%
TOTALE	1.885.171	40.505.355	2.105.171	50.839.356	2.210.543	52.930.200	105.372	5,0%	2.090.844	4,1%

Anche la mobilità passiva è cresciuta in modo significativo. I maggiori aumenti riguardano le discipline di oncologia, radioterapia e laboratorio analisi.

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

CODICE COLORE	2019	2023	2024 (provvisorio)	2024 vs. 2023
Bianco	10.435	2.969	3.316	347
Verde	85.936	41.333	46.387	5.054
Azzurro (introdotto nel 2022)	-	33.281	31.980	-1.301
Arancione	9.969	13.212	13.504	292
Rosso	781	1.277	1.174	-103
Totale	107.121	92.072	96.361	4.289

Nel 2024 si è registrato un ulteriore incremento del numero di accessi rispetto al 2023, evidente soprattutto nei codici verde. La forte riduzione del numero di accessi rispetto al 2019 che si era osservata nel 2020 e 2021, come prevedibile, si sta via via riducendo.

A differenza del 2019, dal 2022 l'accesso al pronto soccorso di Ceva e di Saluzzo, temporaneamente chiusi nel periodo pandemico, come da indicazioni regionali, è limitato alla fascia oraria diurna (8-12).

1.3.3 L'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.

CURE DOMICILIARI

Utenti >=65 aa. in carico 2020-2023

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

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER DISABILI

DISTRETTO	GIORNATE DI DEGENZA				
	2020	2021	2022	2023	2024
SUD OVEST	55.184	55.665	56.595	51.504	41.993
SUD EST	22.066	21.391	20.018	18.889	19.923
NORD OVEST	16.751	16.790	16.248	16.355	15.157
NORD EST	34.116	35.839	34.998	34.380	32.911
	128.117	129.685	127.859	121.128	109.984

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI

DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA				
	2020	2021	2022	2023	2024
SUD OVEST	42.694	43.018	42.469	42.243	43.000
SUD EST	12.362	13.305	13.703	14.882	15.097
NORD OVEST	10.585	10.256	10.240	10.905	11.785
NORD EST	17.605	18.002	17.108	17.124	17.377
	83.246	84.581	83.520	85.154	87.259

ATTIVITA' RESIDENZIALE PER ANZIANI

DISTRETTO	GIORNATE DI DEGENZA				
	2020	2021	2022	2023	2024
SUD OVEST	169.227	180.604	169.692	156.572	167.101
SUD EST	99.565	95.247	86.831	81.432	92.800
NORD OVEST	109.050	106.918	103.505	103.398	119.353
NORD EST	99.433	99.040	90.915	96.287	107.288
	477.275	481.809	450.943	437.689	486.542

ATTIVITA' SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI					
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA				
	2020	2021	2022	2023	2024
SUD OVEST	1.295	322	1488	1.614	1.423
SUD EST	30	60	0	0	0
NORD OVEST	500	156	1061	1.882	1.404
NORD EST	135	0	279	1.239	1.554
	1.960	538	2.828	4.735	4.381

ATTIVITA' ALTA VALENZA SANITARIA					
CAVS	GIORNATE DEI DEGENZA				
	2020	2021	2022	2023	2024
MONTESERRAT* (Borgo e Caraglio)	22.675	14.050	12.180	16.305	23.863
Robilante*					
Presidio di Demonte* 01.06-31.12.2024					
Ospedali di Ceva*, Mondovì e Saluzzo					
	22.675	14.050	12.180	16.305	23.863

OSPEDALE DI COMUNITA' DI DEMONTE 01.01-31.05.2024 (n. giornate di degenza)					
Distretto	GIORNATE DEI DEGENZA				
	2020	2021	2022	2023	2024
Sud Ovest	3.021	3.000	3.328	3.003	476

ALTRE ATTIVITA' A FAVORE DI DISABILI/ANZIANI (n. giornate Nucleo stato vegetativo (NSV) e Nucleo di alta complessità neurologica (NAC))					
DISTRETTO	GIORNATE DEI DEGENZA				
	2020	2021	2022	2023	2024
Sud Ovest	0	422	700	513	757
Sud Est	1.111	829	738	930	768
Nord Ovest	396	365	504	970	680
Nord Est	802	734	813	688	817
	2.309	2.350	2.755	3.101	3.022

***Dal 2024 i CAVS sono erogati da:
Struttura Monteserrat di Caraglio
presidio di Demonte**

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

Concorrono alla presa in carico del paziente:

- i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta che propongono al Distretto l'apertura di interventi di ADI o di ADP, assicurando agli utenti, che si trovano in determinate condizioni di bisogno sanitario, accessi presso il domicilio per il

mantenimento o il miglioramento del loro stato di salute;

- le UVG e le UMVD che effettuano le valutazioni multidimensionali rispettivamente dell'anziano e del disabile.

Si forniscono al riguardo i seguenti dati di attività:

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

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

1.3.4 Il 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 (chiuso a metà anno), Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo, Savigliano
n. 3	Ambulatori decentrati	Borgo S. Dalmazzo e Caraglio

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

L'attività dei Centri di Salute Mentale in numeri:

Attività	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Utenti in carico	5905	6215	6.249
Prestazioni Mediche flusso C (Medici e Psicologi dal 01/01/2016)	38.120	69.607 (41.602 DSM + 28.005 SERD)	70.501 (40.378 DSM+30.123 SERD)
Prestazioni infermieristiche ambulatoriali e territoriali	31.799	29.458	35.304
Borse lavoro (n. utenti)	150	149	122
Assegni terapeutici (n. utenti)	175	174	145

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

Gli SPDC del D.S.M.	N. posti letto	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
SPDC ASO S. CROCE CN	16 pl (dal 01/01/2016)	581	581536	DATI NON ANCORA PERVENUTI
SPDC SAVIGLIANO	16 pl (dal 01/01/2016)	333	306	308 A NOVEMBRE
SPDC MONDOVI'	16 pl (dal 01/01/2016)	330	288	299 A NOVEMBRE
Totale	48 pl	1.244	1130	

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.

1.3.4.1 Psicopatologia dello sviluppo

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

FASCIA D'ETÀ	N. PAZIENTI ANNO 2019	N. PAZIENTI ANNO 2020	N. PAZIENTI ANNO 2021	N. PAZIENTI ANNO 2022	N. PAZIENTI ANNO 2023	N. PAZIENTI ANNO 2024
0-14	300	313	436	462	474	513
15-25	317	208	310	364	312	332
>25	926	561	929	1006	1171	1475
ALTRI PAZIENTI/CITTADINI SEGUITI PER PROBLEMATICHE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19		185	294	*	*	*
OPERATORI SANITARI SEGUITI PER PROBLEMATICHE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID-19		79	171	**	**	**
TOTALI	1.543	1.082	1.675	1832	1957	2320

*i pazienti con problematiche legate all'emergenza covid-19 sono stati seguiti nell'ambito degli ambulatori minori e adulti

** le attività di supporto degli operatori sono state effettuate con interventi psicologici di gruppo, per i reparti/servizi che ne hanno fatto richiesta oppure, individualmente, all'interno degli ambulatori di psicologia adulti

Progetti finalizzati attivati dalla SSD Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo nel 2024

NOME PROGETTO	OGGETTO/DESTINATARI	PARTNER	RUOLO DELLA SSD PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO ASL CN1	FINANZIAMENTI
Individuazione precoce di bambini a Rischio Evolutivo per disturbi del Neurosviluppo (proseguimento dei PROGETTI NIDA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', IRENE 1 E IRENE 2)	Consolidamento rete regionale di individuazione precoce di anomalie comportamentali, comunicative e della relazione in bambini ad alto rischio (pretermine e fratelli di bambini con autismo)	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' ASL E ASO REGIONE PIEMONTE PER GLI INVII PEDIATRI DI LIBERA SCELTA ASL CN1	Centro Pivot regionale Responsabile scientifico del progetto regionale	FONDI AUTISMO REGIONE PIEMONTE
CAREGIVER SKILL TRAINING O.M.S. per famiglie di	Genitori di bambini con disturbi dello spettro dell'autismo	UNIVERSITA' MILANO BICOCCA	Formazione accreditata OMS per il Piemonte	FONDI AUTISMO REGIONE PIEMONTE

bambini con Disturbi dello spettro dell'autismo				
PROGETTO INNOVATIVO REGIONALE "PSICOLOGO DELLE CURE PRIMARIE" D.G.R. 35-5257 DEL 21-6-2022	Consulenza psicologica e psicoterapia per soggetti residenti del territorio dell'ASL CN1 che presentano disagio psicologico legato a problematiche del ciclo di vita, lievi disturbi d'ansia e depressivi	Medici di Medicina Generale Distretti Assessorato Regionale Sanità Ordine degli Psicologi del Piemonte	Attività di supporto psicologico e psicoterapia	FINANZIAMENTO REGIONALE
Progetto Protezione Famiglie Fragili Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta	Attività di supporto psicologico e psicosociale di famiglie con pazienti oncologici	Tutte le ASR del Piemonte Enti gestori Socio Assistenziali Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT)	Attività di supporto psicologico e psicosociale	RETE ONCOLOGICA PIEMONTE VALLE D'AOSTA
Decreto 6 febbraio 2023 "Criteri e modalità di utilizzazione dei fondi per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico per l'anno 2021".	Interventi a favore di minori e adulti con disturbi dello spettro dell'autismo	SC NPI e SC Psichiatria ASL CN1 Azienda zero	Implementazione attività cliniche e abilitative Supporto Assessorato Sanità e Azienda Zero	FONDO NAZIONALE AUTISMO MINISTERO DELLA SALUTE
Decreto 24 gennaio 2023 "Criteri e modalità di utilizzazione dei fondi per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico per l'anno 2022".	Interventi a favore di minori e adulti con disturbi dello spettro dell'autismo	SC NPI e SC Psichiatria ASL CN1 Azienda zero	Implementazione attività cliniche e abilitative Supporto Assessorato Sanità e Azienda Zero	FONDO NAZIONALE AUTISMO MINISTERO DELLA SALUTE

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

Utenti in carico DPD	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Note
Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcol dipendenti	1.599	1.708	1801	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti + GAP in carcere	139	166	250	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERD in carcere
Totale	1738	1.874	2051	

Prestazioni ambulatoriali	Sanitarie (visite mediche)	Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)	Totali
Anno 2024	Globali visite mediche: 10.751	Prestazioni psicologiche: 5.611 Prestazioni del Comparto: 10.301	26.663
Anno 2023	Globali visite mediche: 11.210	Prestazioni psicologiche: 5.181 Prestazioni del Comparto: 11.614	28.005
Anno 2022	Globali visite mediche: 13.282	Prestazioni psicologiche: 4.645 Prestazioni del Comparto: 10.685	28.612

N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta	Strutture accreditate per le dipendenze	Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)
Anno 2022	14.981	4.091
Anno 2023	8.668	3.385
Anno 2024 (al 30.11.2023)	7.176	2.842

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

PROGETTI SERD ANNO 2024 (gestiti direttamente dal Servizio)

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

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

PROGETTI A CUI IL SERD COLLABORA

Nome del progetto	Ente gestore	Attività del progetto	Tipo di progetto/fondi	Modalità di collaborazione
DIARI DELLA SALUTE	Asl Servizio Prevenzione	Informativo ed educativo sugli stili di vita, percezione del rischio, metodica peer education	Fondi strutturali ASL	Partner
PUNTA SU DI TE 2.0 E GAP TOUR	CIS in collaborazione con ASL CN1 e ASL CN2	Attività di informazione - prevenzione sul Gioco d'azzardo patologico	Progetto rifinanziato dalla CRC.	Partner
"C.A.P.S." Centro Regionale Prevenzione e Promozione alla Salute	Regione Piemonte	Percorsi educativi esperienziali, relazionali e didattiche sulle tematiche dell'addiction	Regione Piemonte	Partner
CANTIERE ADOLESCENTI (in collaborazione con DSM, Consultorio, NPI)	Adolescenti 14/24 anni	Intervento di aggancio precoce, valutazione e presa in carico, cooperazione tra servizi, sviluppo competenze, interventi nelle Scuole di I e II grado	Attività e fondi diversificati	N°4 in territorio ASL Cuneo "Al 34" Mondovì "Smart" Savigliano "Tag" Saluzzo
"PREVENZIONE DIFFUSA" CANTIERE ADOLESCENTI	Comune di Saluzzo e Comuni limitrofi	COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani	Attività e fondi diversificati	Partner
TAVOLO DI LAVORO POLITICHE GIOVANILI SAVIGLIANO/FOSSANO	Comune di Savigliano	COMUNITA'- PARTECIPAZIONE: attività, eventi territoriali, iniziative e strategie locali, piani di azione concreti dedicati ai giovani e adolescenti	-	Partner

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

1.3.6 L'Attività di Prevenzione

1.3.6.1 UVOS – Prevenzione Serena

SCREENING ONCOLOGICO “PREVENZIONE SERENA”				
PROGRAMMA N. 4				
TEST	INDICATORI	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Mammografia	n. inviti alla popolazione	52.919	53.764	53.752
	n. test effettuati	36.468	40.212	37.891
	% adesione al test (spontanee + lettera)	68,9	74,8	70,5
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.975	2.122	1.846
Pap-test/HPV	n. inviti alla popolazione	52.585	37.360	39.885
	n. test effettuati	29.404	23.097	22.834
	% adesione al test (spontanee + lettera)	55,9	61,8	57,3
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	3.238	3.605	3.518
Rettosigmoidoscopia	n. inviti alla popolazione	8.155	477	0
	n. test effettuati	2.078	479*	0
	% adesione al test	25,5	100,0	0,0
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	314	242	115
FIT	n. inviti alla popolazione	30.696	73.628	57.009
	n. test effettuati	10.619	27.362	25.256
	% adesione al test	34,6	37,2	44,3
	n. inviti ad approfondimento diagnostico	895	1.381	1.681

1.3.6.2 Il Dipartimento di Prevenzione

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

PROFILASSI OBBLIGATORIE E VOLONTARIE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
BOVINI	320.366	317.394	331.142
SUINI	71.223	75.524	59.068
AVICOLI	949.953	884.338	771.555
EQUINI	769	822	968
OVI-CAPRINI	9.448	8.129	12.429
SELVATICI	668	382	363
SELVAGGINA	0	0	0
ANAGRAFE CANINA INFORMATIZZATA – INTERVENTI	3.761	3.333	2.280

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

ISPEZIONI SUI CAPI MACELLATI	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
BOVINI	251.629	259.977	267.361
SUINI	234.323	230.208	180.944
OVICAPRINI	28.405	27.003	27.741
AVICUNICOLI	8.684.330	11.328.844	12.631.867
EQUINI	31	14	222
CINGHIALI	169	268	768

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

ATTIVITA'	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Ispezioni (presso stabilimenti ed allevamenti)	2.307	2.828	3.058
Audit (presso attività produttive, presso allevamenti/stabilimenti)	68	38	67
Campionamento (numero campioni in allevamento e al macello, in allevamento e in mangimificio, nr. campioni microbiologici e fisico chimici, per la qualità del latte)	972	1.577	1.822
Atti Amministrativi (certificati per export di merci, vidimazione registri, istruttorie riconoscimenti/registrazioni, diritti veterinari emessi)	5.963	5.385	5.836
Pareri (pratiche ambientali/pratiche sportello)	189*	268*	*281

*totale pareri a cui hanno contribuito i tre Servizi Veterinari

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

ATTIVITA'	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Ispezioni (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	1.325	1.309	1.367
Audit (Produzione primaria – produttori e confezionatori all'ingrosso – distribuzione all'ingrosso e al dettaglio, ristorazione pubblica, collettiva, produttori e confezionatori al dettaglio, depositi ingrosso non riconosciuti)	9	98	8
Campionamento (alimenti - acque minerali - acque potabili)	1.832	1.823	1.428
Atti Amministrativi (certificati esportazione, notifiche temporanee, nr. istruttorie riconoscimenti/registrazioni)	3.084	4.356	3.435
Promozione salute (educazione sanitaria nelle scuole, educazione sanitaria su gruppi, formazione):	95	70	72
ore dedicate	1.488	1.975	796
nr. soggetti raggiunti			
Nutrizione (sorveglianza nutrizionale, ristorazione collettiva, consulenza dietetico nutrizionale)	0	1.334	1.330
nr. soggetti raggiunti	1199	310	387
pareri, sopralluoghi, riunioni	9	26	38
ore dedicate			
Altre Autorizzazioni (pareri pratiche ambientali e da SUAP)	193	201	208

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

ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Nr. Aziende e cantieri soggetti a controllo	1.297	1.274	1.249
Nr. di cantieri notificati (art. 99 D.Lgs 81/08)	8.150	5.183	5.384
Infortuni registrati	699	661	619
Inchieste infortuni concluse	27	23	45
Malattie professionali pervenute	88	88	124
Malattie professionali indagate	85	77	112
Ricorsi avverso giudizio di idoneità Medico Competente	8	16	14
Pratiche amministrative ex art 67, 250 e 256 D.Lgs 81/08	500	423	479

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

ATTIVITA'	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti –progetti edilizi – richieste agibilità/abitabilità e rilascio pareri di competenza	70	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate)	89	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo	145	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi	41	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr attività finalizzate ad autorizzazione o controlli di altri edifici	59	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr attività finalizzate a controllo in ambiente esterno e altri controlli	64	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr partecipazione a commissioni	155	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti	122	Rif. SSD Ambiente	Rif. SSD Ambiente
Nr attività di polizia mortuaria	4.318	3.846	5.551
Nr. controlli malattie infettive	46.918*	36.748**	1.504
Nr. persone a cui è stato fornito counselling per medicina viaggi	737	836	1.977
Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate			
Nr. vaccinazioni gestite	63.721	77.308	85.358
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	57.631	76.016	80.224
Vaccinazioni COVID***			
Nr. Vaccinazioni gestite	200.000	13.292	372
Gestione campagna vaccinazione antinfluenzale			
Nr. vaccinazioni gestite	70.000	70.000	5.000
Nr. vaccinazioni eseguite dal SISP	536	44	55

*Di cui 48.720 tracciamento e sorveglianza Coronavirus e 1.029 altri controlli malattie infettive.

** Persone positive al COVID a cui sono stati verificati gli esiti dei tamponi e inserito guarigione sul Portale COVID della Regione Piemonte, rapporti con RSA per gestione contatti, rapporti con Ospedali, cittadini, ecc. ecc.

*** Riguarda le attività di prenotazioni, redazione dei calendari delle sedute vaccinali, popolamento delle sedute, rapporti con CSI per la gestione SIRVA, partecipazione alle sedute di personale infermieristico SISP. ecc.

**SSD Ambiente
Dati di attività 2023 – 2024**

ATTIVITA'	Anno 2023	Anno 2024
Nr. esame strumenti urbanistici e regolamenti –progetti edilizi – richieste agibilità/abitabilità e rilascio pareri di competenza	296	338
Nr. attività finalizzate al rilascio di autorizzazioni (compreso il nr. di autorizzazioni rilasciate)	96	127
Nr. attività finalizzate a controlli su strutture autorizzate o edifici ad uso collettivo	178	160
Nr attività finalizzate a controllo di salubrità degli alloggi	39	44
Nr attività finalizzate ad autorizzazione o controlli di altri edifici	62	66
Nr attività finalizzate a controllo in ambiente esterno e altri controlli	45	57
Nr partecipazione a commissioni	61	74
Nr. attività di sorveglianza su sorgenti di radiazioni ionizzanti	126	126

**Medicina Legale
Dati di attività 2022 – 2023 – 2024**

ATTIVITA'	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Patenti e Certificazioni	8.541	8.515	8.628
Porto d'Armi	383	307	338
Idoneità per il lavoro	1.784	1.785	1.395
Stati invalidanti	11.696	13.517	14.060
Certificazioni	131	106	126
Dichiarazione di volontà donazione organi e tessuti	15	19	25
Legge 210/92 indennizzo danni da vaccinazione e trasfusioni: valutazioni	429	426	421
Medicina necroscopica	5.284	4.635	4.630
Gestione del rischio clinico (Risk management) Perizie/consulenze per ASL/ASO S. Croce	52	54	44

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

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

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

ATTIVITA'	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Attività di promozione salute setting scuola – a gestione diretta della struttura (laboratori , seminari, attività informative, ecc)			
➤ n° destinatari intermedi (docenti, genitori, referenti, operatori sanitari ecc)	849	608	302
➤ n° destinatari finali (studenti)	2.116	1.721	3.409
Promozione della salute – coordinamento progetti/programmi (produzione catalogo Scuola e salute e relative attività di governance ; governance PLP)			
➤ N° scuole coinvolte in progetti /n° scuole totali	60 su 77(78%) a.s. 2021/2022	64 su 66(97%) a.s. 2022/2023	70 su 73(96%) a.s. 2023/2024
➤ N° servizi /Associazioni coinvolti	43	43	50
Promozione della Salute setting comunità - progetti inter istituzionali attivi - comuni /Enti/Associazioni coinvolti	2 /	3 15	10 20
Gestione flussi informativi - n° progetti aziendali gestiti in banca dati regionale Pro.Sa	87	96	106
Formazione (a operatori sanitari, scolastici, altri operatori) -n° corsi attivati -n° destinatari raggiunti	3 117	4 131	9 251

1.4 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno propone la presentazione del modello organizzativo aziendale, così come desunta dall'Atto Aziendale; inoltre, allo scopo di illustrare le risorse umane ed economico-finanziarie, si rappresentano la distribuzione del personale nei diversi ruoli anno 2024.

1.4.1 Modello organizzativo

Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione

Le procedure di consultazione per la programmazione consistono in:

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

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

- Rapporti con le Organizzazioni sindacali

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

Disciplina dei controlli interni

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

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

- Valutazione e controllo strategico

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

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

- Valutazione e controllo della gestione

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

- Controllo regolarità amministrativa e contabile

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

- Valutazione del personale ed organismi di valutazione

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

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

Per gli accertamenti delle disposizioni di cui all'articolo 1, commi da 56 a 65, della legge n. 662/1996 è istituita la funzione ispettiva, cui possono aggiungersi ulteriori funzioni ispettive mediante atto del Direttore Generale. Gli organismi aziendali preposti alla verifica e valutazione sono l'Organismo Indipendente di Valutazione e il Collegio tecnico.

- Lo sviluppo delle competenze e la formazione

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

Disciplina della funzione qualità

L'Azienda eroga le proprie prestazioni e servizi secondo modalità che promuovono la salute e il miglioramento della qualità ed assicurano la partecipazione della cittadinanza. La Direzione stabilisce l'organizzazione del sistema di gestione per la qualità, presidiandone le tre dimensioni: quella organizzativa, quella tecnico-professionale e quella relazionale, avendo presente la centralità del cittadino con i suoi bisogni e le sue aspettative. Allo scopo di garantire il

miglioramento continuo del servizio, soprattutto orientato all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici, la Direzione aziendale, sulla base delle indicazioni derivanti dai dati di riesame del sistema gestione qualità, attua progetti di miglioramento che coinvolgano le strutture dell'Azienda; i progetti di miglioramento possono riguardare aspetti di carattere gestionale, organizzativo, clinico o tecnico.

- La gestione per processi

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

- La gestione della performance

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

- La valutazione del rischio clinico

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

- Gestione e sviluppo delle risorse umane

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

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

L'azienda assicura:

- a) modalità organizzative e procedure di gestione delle risorse tecnologiche; il piano investimenti viene approvato secondo quanto definito dalla normativa vigente;
- b) un sistema informativo aziendale organizzato in modo coerente con le esigenze conoscitive e valutative dei vari livelli di governo aziendale;
- c) che l'attività contrattuale abbia luogo nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, della coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di economicità, efficacia, imparzialità.

Previsione della regolamentazione interna

Sia i Regolamenti riguardanti materie che necessitano di una disciplina di carattere generale aventi valenza pubblicistica, sia quelli aventi valenza aziendale sono adottati con atto dal Direttore Generale.

Le procedure ed i processi delle singole strutture sono invece definiti in specifiche istruzioni operative di Struttura, adottate dai singoli Dirigenti.

Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti

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

- Ascolto e mediazione

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

- Rapporti istituzionali

L'Azienda promuove e ricerca gli strumenti necessari per creare sinergie a livello territoriale con le istituzioni e con il mondo dell'imprenditoria locale. L'Azienda promuove interrelazioni con le Aziende sanitarie dell'area provinciale per adottare comportamenti comuni e linee programmatiche unitarie anche al fine di soddisfare le esigenze dell'utenza.

1.4.2 Clima interno: benessere organizzativo

Gestione dello stress lavoro-correlato

La SCI Medicina del Lavoro in collaborazione con altre Strutture Aziendali Specialistiche, anche per l'anno 2024, ha proseguito con la progettazione e l'implementazione di interventi ad hoc rivolti a tutti i dipendenti dell'ASL CN1. In particolare, tale collaborazione si è posta come obiettivo la presa in carico multidisciplinare, su richiesta dei lavoratori che, direttamente o indirettamente, esperiscono eventi avversi o difficoltosi in ambito lavorativo impattano in modo significativo sulla loro qualità di vita e che generano conseguenze psicofisiche e sociali significative.

PREMESSA

Quadro di riferimento

I lavoratori impiegati nel contesto sanitario (medici, infermieri, oss, personale amministrativo) sono tra le persone maggiormente esposte allo stress e al rischio di complicanza dal punto di vista della salute mentale.

Molti studi condotti nel mondo hanno evidenziato come, sia situazioni di emergenza dovuta alla diffusione di epidemie (COVID-19 , Sars o altre epidemie), sia periodi meno complessi dal punto di vista sanitario ma altrettanto impattanti come quello attuale caratterizzato da un'elevazione dei tassi di aggressioni e violenze nei confronti degli operatori sanitari da parte dell'utenza esterna, rappresentino rischi per la salute mentale ed il benessere psico-fisico degli operatori dei servizi sanitari e socio-assistenziali impegnati in prima linea. Si sottolinea, in particolare, come possano sviluppare un disturbo da trauma che può perdurare negli anni successivi (Brooks et al. 2020; Folkman e Greer 2000).

Alcune meta-analisi sistematiche e studi qualitativi sulla promozione della salute nel settore sanitario concludono che gli interventi a livello organizzativo riducono effettivamente i livelli di stress, burn out e sintomi di malessere generale, mentre gli interventi a livello individuale si rivelano efficaci nel ridurre i livelli di ansia e stress negli operatori sanitari (Marine et al. 2009; Ruotsalainen et al. 2008) così come interventi gruppalmente sono di supporto ai gruppi di lavoro nella gestione delle dinamiche interne conflittuali generate dal malessere organizzativo e individuale.

A fronte di ciò risulta fondamentale:

- ✓ Monitorare i lavoratori dell'ASL CN1 dal punto di vista del grado di benessere e di salute percepita, in relazione ai cambiamenti organizzativi del periodo storico in essere.
- ✓ Definire una mappa aziendale del benessere e della salute percepita attraverso l'utilizzo di strumenti che possano rilevare situazioni maggiormente critiche (Questionario on line);
- ✓ Restituire eventuali alert in specifici contesti lavorativi.

ATTIVITA'

Nell'anno 2024 si sono portate avanti le analisi dello stress lavoro correlato mediante la sperimentazione del Questionario on line somministrato inizialmente in due Dipartimenti "Pilota" nel periodo novembre-dicembre 2023 per proseguire con gli approfondimenti nelle Strutture Semplici e Complesse con modalità differenti a seconda del livello dei fattori di rischio e dell'impatto effettivo sul gruppo omogeneo. Nella seconda parte di 2024 si è proceduto con il

coinvolgimento dell'intera azienda ASLCN1 con l'obiettivo di restituire i dati emersi dall'analisi nei primi mesi del 2025 e pianificare gli interventi di approfondimento dove necessario.

Parallelamente si è proseguito mantenendo alta l'attenzione al singolo lavoratore con prese in carico individuali (sia su invio da parte Medico Competente in fase di visite periodiche e/o su richiesta diretta del lavoratore) a seguito di disagi emotivo-relazionali esperiti in ambito lavorativo ma anche ai gruppi di lavoro maggiormente sofferenti a causa dei molteplici cambiamenti organizzativi (di contesto e di contenuto) successivamente al periodo pandemico. Nel 2024 si è proseguito nella progettazione di interventi di promozione della salute attivando 5 edizioni di corsi Mindfulness di primo livello presso le sedi di Mondovì, Borgo San Dalmazzo, Saluzzo e Savigliano e 1 edizione di approfondimento nella sede di Saluzzo.

Qui di seguito una sintesi dei dati delle attività svolte nel 2024:

Anali rischio stress lavoro correlato 2024			
Attività	DIPARTIMENTO	STRUTTURE	
Questionario on line + Approfondimenti nelle singole Strutture Complesse, Semplici e Dipartimentali	DIP. CHIRURGICO	SC CHIRURGIA MONDOVI' SC CHIRURGIA SAVIGLIANO SC OCULISTICA SC ORL SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MONDOVI' SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SAVIGLIANO SC UROLOGIA SC UROLOGIA MONDOVI' SS ENDOSCOPIA MONDOVI CEVA LONG - WEEK SURGERY MONDOVI DAY SURGERY CEVA-MONDOVI-SALUZZO	
Questionario on line + Approfondimenti nelle singole Strutture Complesse, Semplici e Dipartimentali	DIP. PREVENZIONE	S.S.D. UNITA' VALUTAZIONE/ORGANIZZAZIONE SCREENING (UVOS) S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA (SISP) S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE S.S.D. AMBIENTE, AGENTI FISICI E RADIOPROTEZIONE S.C. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE S.C. PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI LAVORO (SPRESAL) S.C. SANITA' ANIMALE S.C. PRESIDIO MULTIZON. PROFILASSI E POL. VETERINARIA (PMPPV) S.C. IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN) S.S.D. DIREZ. AMMINISTRATIVA DELLA PREVENZIONE S.C. MEDICINA LEGALE S.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE	
aggiornamento valutazione anno 2023	DIREZIONE SANITARIA	NOCC Savigliano- Mondovì	
Questionario on line	DIP. MEDICO SPECIALISTICO DIP. MEDICO GENERALE RIABILITATIVO DIP. DI EMERGENZA-URGENZA DIP. INTEGRAZIONE TERRITORIALE	Tutte le strutture complesse, semplici e dipartimentali afferenti al Dipartimento	

	DIP. INTERAZIENDALE DEI SERVIZI DIP. INTERAZIENDALE MATERNO -INFANTILE DIP. INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE DIREZIONE GENERALE DIREZIONE AMMINISTRATIVA DIREZIONE SANITARIA	
--	---	--

Interventi di Promozione della Salute: CORSI MINDUFLNESS 2024			
SEDI	N. EDIZIONI	N. PARTECIPANTI	
Saluzzo	1+1 approfondimento	28	TOT. 81
Savigliano	2	25	
Borgo San Dalmazzo	1	14	
Mondovì	1	14	

CATEGORIE PARTECIPANTI	N. PARTECIPANTI	DISTRIBUZIONE %
Assistente sanitario	1	1,23
Collab.re prof. Ass. sociale	2	2,47
Educatore professionale	2	2,47
Fisioterapista	9	11,11
Infermiere	40	49,38
Logopedista	2	2,47
Medico	7	8,64
Odontoiatra	1	1,23
Operatore Socio Sanitario	1	1,23
Ostetrica/o	1	1,23
Psicologa/o	4	4,94
Tecnico della prevenzione	2	2,47
Tecnico di radiologia	1	1,23
Tecnico sanitario di laboratorio	2	1,23
Tecnico sanitario	1	2,47
Veterinario	2	1,23
TOTALE	81	

ATTIVITA'	N° PRESE IN CARICO	PERIODO
Interventi sui gruppi di lavoro	3 + responsabili	Febbraio- dicembre 2024
Percorsi di supporto psicologico individuali	40	Gennaio- dicembre 2024

1.4.2.1 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

In ottemperanza alla normativa vigente, l'azienda ha da tempo istituito un Servizio di Prevenzione e Protezione, un Servizio Medico Competente ed un Servizio di Ambiente, Agenti Fisici e Radioprotezione, interni.

Il personale di questi servizi collabora col Datore di Lavoro per tutte le attività di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro previste dal D.Lgs. 81/08 e ss.mm.ii e dal D.Lgs. 101/20.

L'espletamento di tali attività avviene in collaborazione con i Dirigenti delegati dal datore di lavoro, i dirigenti, i preposti e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, oltre che i servizi aziendali (Direzione Generale, Rischio infettivo correlato all'assistenza, Servizio Legale, Servizio Tecnico, Patrimonio, URP, Qualità, Direzione di Presidio, Risk Management, Farmacia Ospedaliera, Direzione delle professioni sanitarie, Formazione, ecc.).

Vengono di seguito riportate due tabelle riepilogative relative agli infortuni avvenuti in Azienda come dato grezzo e suddiviso per professione.

Infortuni ASLCN1 - Registro infortuni				
anno	infortuni totali (a)	infortuni in itinere (b)	infortuni 0 giorni (c)	infortuni (a-b-c)
2011	239	46	105	88
2012	222	44	95	83
2013	190	21	89	80
2014	201	33	87	81
2015	222	43	94	85
2016	189	30	79	80
2017	202	30	97	75
2018	171	24	71	76
2019	172	35	75	62
2020	609 (compresi 493 infortuni da Sars Cov2)	22	53	534

2021	283 (compresi 136 infortuni da Sars Cov2)	23	55	205
2022	892 (compresi 753 infortuni da Sars Cov2)	24	40	828
2023	160 (compresi 19 infortuni da Sars Cov2)	30	44	86
2024	156	23	77	56

Per “infortunio in itinere” si intende l’infortunio occorso al dipendente durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro ed è equiparato a infortunio sul lavoro.

Per “infortunio a 0 giorni” si intende l’evento infortunistico che non ha causato assenza lavorativa ma che viene comunque registrato ed inviato all’INAIL. Il tipico infortunio a 0 giorni è la puntura accidentale o l’imbrattamento con liquido biologico.

Di seguito si riporta il numero di infortuni avvenuti nell’ASLCN1, suddivisi per profilo professionale:

professionale:												
n° infortuni	totali	Infermiere	oss/ota generico	medico	tecnico sanitario	operatore tecnico	veterinario	amministrativo	inserimento lavorativo	ostetrica	assistente sociale	altro
2011	239	135	35	36	7	13	3	9	0	0	1	0
2012	222	112	31	33	7	16	7	13	0	2	1	0
2013	190	94	29	30	0	12	2	10	3	4	0	6
2014	201	94	36	27	14	11	3	4	1	1	0	10
2015	222	103	42	35	8	7	4	12	1	2	0	8
2016	189	102	28	32	5	8	4	5	1	0	0	4
2017	202	98	28	38	7	6	2	7	2	1	1	12
2018	171	87	26	29	11	6	4	3	4	0	0	1
2019	172	98	18	23	15	5	4	5	1	0	2	1
2020	609	327	74	83	54	14	9	21	0	0	0	27
2021	283	168	35	31	12	6	3	15	0	7	0	6
2022	892	425	114	119	88	24	20	47	0	19	5	31
2023	160	74	31	23	15	4	3	10	0	0	0	0
2024	156	88	24	19	12	4	1	6	1	1	0	0

1.4.3 Le risorse economico-finanziarie

Come risulta dal prospetto estrapolato dal Modello Ministeriale CE, nel confronto fra i dati del Bilancio Consuntivo anno 2023 e quelli dell'anno 2022, i costi della produzione sono in aumento di 15,282 milioni di euro.

Voce di Mod. Min. CE	Consuntivo 2023	Consuntivo 2022	Variazione Assoluta	Variazione Relativa
Totale costi della produzione	861.665	846.382	15.282	1,81%

Di seguito si commentano gli aumenti di costo più significativi:

- La voce “Acquisti di beni” presenta un aumento del 3,21%, pari a 3,044 milioni complessivi, rispetto al 2022, causato dall'andamento dei costi relativi agli acquisti di beni sanitari (+4,06%). All'interno della voce si evidenziano rilevanti incrementi sui medicinali, in incremento di oltre 3 milioni di euro.
- La voce “Acquisti servizi sanitari” presenta un incremento del 2,77%, per 12,478 milioni di euro, dovuto principalmente alle variazioni apportate ai conti di mobilità.
- La voce “Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)” presenta un aumento di 1,345 milioni di euro, pari all'11,69%, principalmente imputabile ai conti 3100201 “Manutenzione ordinaria in appalto ad immobili e loro pertinenze” (519 mila euro) e 3100206 “Manutenzione software” (623 mila euro). Nel complesso, le spese relative alle attività informatiche sono aumentate, a fronte di maggiori necessità (ad es. migrazione al cloud e cybersecurity).
- La voce “Totale Costo del personale” presenta un incremento dell'1,73%, pari a 3,626 milioni di euro, per l'applicazione di norme di legge o istituti contrattuali, senza che vi sia stato un incremento nel numero dei dipendenti.

1.4.3.1 Gestione economico-finanziaria

Nella situazione al III Trimestre 2024, L'ASL CN1 ha iscritto nel finanziamento indistinto gli importi di propria competenza secondo il rateo di nove dodicesimi delle assegnazioni indicate con la nota regionale prot. 24699/2024 del 16/10/2024.

L'ASL CN1 ha approvato il Bilancio di previsione anno 2025, in forma di provvisorio tecnico, con deliberazione n. 536 del 28/11/2024.

Nelle previsioni 2025, rispetto alla proiezione ad anno del III Trimestre 2024 (vedere tabella seguente), i costi della produzione sono attesi in aumento per complessivi 10,272 milioni di euro (+1,16%).

Fra le variazioni più significative si evidenziano i seguenti aumenti di costi, principalmente causati dal perdurare di un quadro inflattivo:

- acquisti di beni;
- acquisti di servizi non sanitari;

- manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata);

La spesa del personale, definita nel rispetto del Tetto di Spesa per il Personale relativo all'anno 2024, attualmente vigente, aumenta per l'applicazione di norme nazionali sull'indennità di vacanza contrattuale quantificate nella misura prevista dal DDL di bilancio 2025.

L'andamento aziendale viene sintetizzato confrontando gli aggregati di costo e di ricavo presenti nel report "CE stampa di bilancio".

Aggregato	Descrizione Aggregato	IMPORTO Prev. 2025 v.0 (A)	IMPORTO Proiezione ad anno Sett. 2024 (B)	Delta (A-B)	Variazione Relativa
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	837.889.587,91	850.621.642,96	-12.732.055,05	-1,50%
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	769.578.187,58	769.810.605,96	-232.418,38	-0,03%
AA0020	A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	760.731.115,44	761.534.054,24	-802.938,80	-0,11%
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	8.847.072,14	8.222.596,37	624.475,77	7,59%
AA0070	A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	174.263,80	174.263,80	0,00	0,00%
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	0,00	0,00	0,00	-
AA0090	A.1.B.1.3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA	0,00	0,00	0,00	-
AA0100	A.1.B.1.4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Altro	2.053.801,86	1.814.209,67	239.592,19	13,21%
AA0110	A.1.B.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo)	0,00	0,00	0,00	-
AA0140	A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	6.619.006,48	6.234.122,91	384.883,57	6,17%
AA0141	A.1.B.3.1) Contributi da Ministero della Salute (extra fondo)	6.616.006,48	5.963.286,63	652.719,85	10,95%
AA0180	A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	0,00	0,00	0,00	-
AA0190	A.1.C.1) Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	0,00	0,00	0,00	-
AA0200	A.1.C.2) Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0,00	0,00	0,00	-
AA0210	A.1.C.3) Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca	0,00	0,00	0,00	-
AA0220	A.1.C.4) Contributi da privati per ricerca	0,00	0,00	0,00	-
AA0230	A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	0,00	53.955,35	-53.955,35	-100,00%
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0,00	3.661.333,33	-3.661.333,33	-100,00%
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.896.519,99	11.666.286,52	-9.769.766,53	-83,74%
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	27.137.294,63	27.504.007,24	-366.712,61	-1,33%
AA0330	A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	18.250.406,79	18.875.148,63	-624.741,84	-3,31%

Aggregato	Descrizione Aggregato	IMPORTO Prev. 2025 v.0 (A)	IMPORTO Proiezione ad anno Sett. 2024 (B)	Delta (A-B)	Variazione Relativa
AA0670	A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	8.182.422,69	7.944.099,71	238.322,98	3,00%
AA0675	A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	704.465,15	684.758,91	19.706,24	2,88%
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	18.302.235,75	23.864.739,37	-5.562.503,62	-23,31%
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.853.532,16	7.853.532,16	0,00	0,00%
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	8.501.710,29	8.501.710,29	0,00	0,00%
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	4.620.107,51	5.082.094,75	-461.987,24	-9,09%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	893.649.417,04	883.376.961,99	10.272.455,05	1,16%
BA0010	B.1) Acquisti di beni	115.139.017,78	108.411.551,89	6.727.465,89	6,21%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	112.028.812,45	105.573.394,56	6.455.417,89	6,11%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	3.110.205,33	2.838.157,33	272.048,00	9,59%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	473.904.767,00	475.821.845,32	-1.917.078,32	-0,40%
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	52.825.650,43	51.845.233,95	980.416,48	1,89%
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	50.385.459,83	49.137.863,91	1.247.595,92	2,54%
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	62.372.726,64	62.513.665,49	-140.938,85	-0,23%
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	18.506.186,67	18.293.662,67	212.524,00	1,16%
BA0700	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	2.546.811,96	2.521.596,00	25.215,96	1,00%
BA0750	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	4.431.816,45	4.330.544,00	101.272,45	2,34%
BA0800	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	153.432.142,16	154.907.444,28	-1.475.302,12	-0,95%
BA0900	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	7.603.186,18	7.518.258,67	84.927,51	1,13%
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	43.678.788,37	44.034.540,79	-355.752,42	-0,81%
BA1030	B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	513.724,80	504.055,71	9.669,09	1,92%
BA1090	B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	3.382.373,51	6.819.845,44	-3.437.471,93	-50,40%
BA1140	B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	31.599.175,72	31.487.056,24	112.119,48	0,36%
BA1200	B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	5.502.392,00	5.357.216,00	145.176,00	2,71%
BA1280	B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	3.910.085,24	3.861.886,27	48.198,97	1,25%
BA1350	B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	5.318.915,16	4.530.179,16	788.736,00	17,41%
BA1490	B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	27.895.331,88	28.158.796,76	-263.464,88	-0,94%
BA1550	B.2.A.17) Costi per differenziale tariffe TUC	0,00	0,00	0,00	-

Aggregato	Descrizione Aggregato	IMPORTO Prev. 2025 v.0 (A)	IMPORTO Proiezione ad anno Sett. 2024 (B)	Delta (A-B)	Variazione Relativa
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	39.057.857,99	36.114.299,76	2.943.558,23	8,15%
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	38.360.049,55	35.584.007,76	2.776.041,79	7,80%
BA1750	B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	311.531,00	255.720,00	55.811,00	21,83%
BA1880	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	386.277,44	274.572,00	111.705,44	40,68%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	13.338.000,00	13.156.858,67	181.141,33	1,38%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	8.533.937,79	8.327.881,33	206.056,46	2,47%
BA2080	Totale Costo del personale	222.682.052,01	219.902.696,92	2.779.355,09	1,26%
BA2110	B.5.A) Costo del personale dirigente medico	75.471.604,47	75.700.745,55	-229.141,08	-0,30%
BA2150	B.5.B) Costo del personale dirigente non medico	7.412.653,77	6.471.925,72	940.728,05	14,54%
BA2190	B.5.C) Costo del personale comparto ruolo sanitario	94.577.947,66	92.704.063,63	1.873.884,03	2,02%
BA2425	B.5.D) Personale dirigente altri ruoli	4.391.136,19	4.428.666,60	-37.530,41	-0,85%
BA2465	B.5.E) Personale comparto altri ruoli	40.828.709,92	40.597.295,43	231.414,49	0,57%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	3.693.140,04	3.764.849,72	-71.709,68	-1,90%
BA2560	Totale Ammortamenti	11.502.100,74	11.661.814,88	-159.714,14	-1,37%
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	675.170,54	675.170,59	-0,05	0,00%
BA2590	B.12) Ammortamento dei fabbricati	6.099.520,58	6.102.915,83	-3.395,25	-0,06%
BA2620	B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.727.409,62	4.883.728,47	-156.318,85	-3,20%
BA2630	B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	250.000,00	240.000,00	10.000,00	4,17%
BA2660	B.15) Variazione delle rimanenze	2.665.143,69	-1.873.141,75	4.538.285,44	-242,28%
BA2670	B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	2.664.834,64	-1.873.553,81	4.538.388,45	-242,23%
BA2680	B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	309,05	412,07	-103,02	-25,00%
BA2690	B.16) Accantonamenti dell'esercizio	2.883.400,00	7.848.305,24	-4.964.905,24	-63,26%
BA2700	B.16.A) Accantonamenti per rischi	910.000,00	910.000,00	0,00	0,00%
BA2760	B.16.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	430.000,00	430.000,00	0,00	0,00%
BA2770	B.16.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	1.113.400,00	6.078.305,24	-4.964.905,24	-81,68%
BA2820	B.16.D) Altri accantonamenti	430.000,00	430.000,00	0,00	0,00%
AB0000	DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	-55.759.829,13	-32.755.319,03	-23.004.510,10	70,23%
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-2.642,80	-2.619,68	-23,12	0,88%
CA0055	1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	500,20	523,37	-23,17	-4,43%
CA0155	2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	3.143,00	3.143,05	-0,05	0,00%
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0,00	0,00	0,00	-
DA0010	D.1) Rivalutazioni	0,00	0,00	0,00	-
DA0020	D.2) Svalutazioni	0,00	0,00	0,00	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	284.600,00	8.294.665,87	-8.010.065,87	-96,57%
EA0010	E.1) Proventi straordinari	851.800,00	9.727.243,75	-8.875.443,75	-91,24%
EA0020	E.1.A) Plusvalenze	0,00	0,00	0,00	-
EA0030	E.1.B) Altri proventi straordinari	851.800,00	9.727.243,75	-8.875.443,75	-91,24%

Aggregato	Descrizione Aggregato	IMPORTO Prev. 2025 v.0 (A)	IMPORTO Proiezione ad anno Sett. 2024 (B)	Delta (A-B)	Variazione Relativa
EA0260	E.2) Oneri straordinari	567.200,00	1.432.577,88	-865.377,88	-60,41%
EA0270	E.2.A) Minusvalenze	0,00	0,00	0,00	-
EA0280	E.2.B) Altri oneri straordinari	567.200,00	1.432.577,88	-865.377,88	-60,41%
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-55.477.871,93	-24.463.272,84	-31.014.599,09	126,78%
YZ9999	Totale imposte e tasse	16.469.548,94	16.321.850,65	147.698,29	0,90%
YA0010	Y.1) IRAP	16.294.548,94	16.146.850,65	147.698,29	0,91%
YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	14.548.370,80	14.453.172,51	95.198,29	0,66%
YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	1.349.678,14	1.308.678,15	40.999,99	3,13%
YA0040	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	396.500,00	385.000,00	11.500,00	2,99%
YA0050	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciale	0,00	0,00	0,00	-
YA0060	Y.2) IRES	175.000,00	175.000,00	0,00	0,00%
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	-
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-71.947.420,87	-40.785.123,49	-31.162.297,38	76,41%

Investimenti

L'ASL ha adottato il proprio Piano degli investimenti quale componente del Bilancio di Previsione 2025, con deliberazione n. 536 del 28/11/2024.

Gli interventi previsti per il 2025, classificati per tipologia di impiego, sono riportati nella tabella seguente:

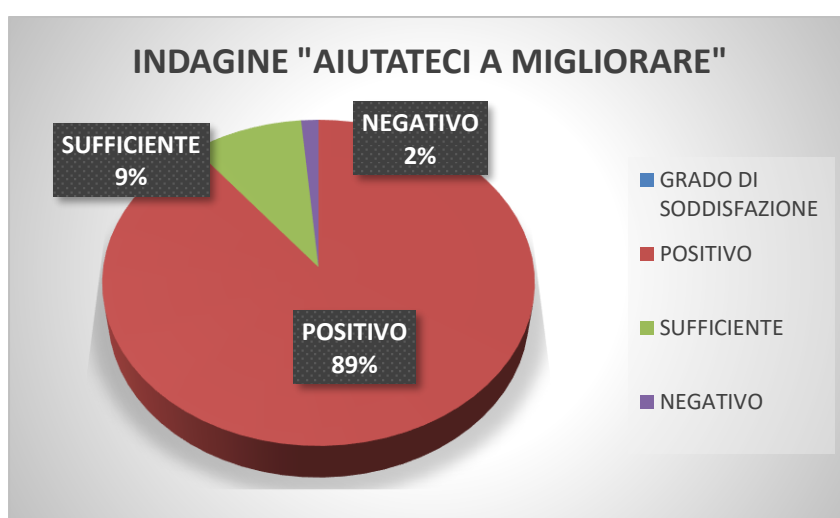
Etichette di riga	Somma di 2025 Interventi per i quali occorre individuare una fonte di finanziamento specifica	Somma di 2025 FONDI PROPRI (AUTOFINANZIAMENTO)		Somma di 2025 FSC (ammissione provvisoria/ richiest a in istruttoria)	Somma di 2025 PNC Piano Naz. Invest. Complem. Al PNRR (richiesta in istruttoria)	Somma di 2025 Finanziati da PNRR	Somma di 2025 ALTRE TIPOLOGIE DI FINANZIAMENT O
		Somma di 2025 FONDI REGIONALI	Somma di 2025 FONDI REGIONALI				
1_ALTO	4.334.092,95	2.471.227,67	2.542.563,65	6.676.280,00		21.463.835,06	2.586.340,00
Arredi	188.456,00						66.340,00
Attrezzature non sanitarie		25.000,00	1.815.703,20				
Attrezzature Sanitarie	600.000,00	800.000,00		850.000,00		756.977,00	
Fabbricati	2.051.832,95	540.943,13	726.860,45	4.567.365,00		19.214.998,94	2.170.000,00
Fabbricati di terzi		405.284,54					
Fabbricati e impianti				1.258.915,00			
Hardware	1.139.670,00	536.000,00					
Impianti Fabbricati							350.000,00
Software	354.134,00	164.000,00				1.491.859,12	
2_MEDIO	1.568.275,00		0,00	400.000,00	752.520,00	0,00	0,00
Attrezzature non sanitarie	100.000,00						
Attrezzature Sanitarie					116.430,00		
Automezzi					528.000,00		
Fabbricati	938.275,00		0,00	400.000,00		0,00	0,00
Hardware					108.090,00		
Impianti Fabbricati	530.000,00						
3_NORMALE	85.000,00						
Fabbricati	70.000,00						
Fabbricati e pertinenze	15.000,00						
Totale complessivo	5.987.367,95	2.471.227,67	2.542.563,65	7.076.280,00	752.520,00	21.463.835,06	2.586.340,00

Si rimanda al Piano per il dettaglio degli investimenti previsti.

1.4.4 Customer Satisfaction

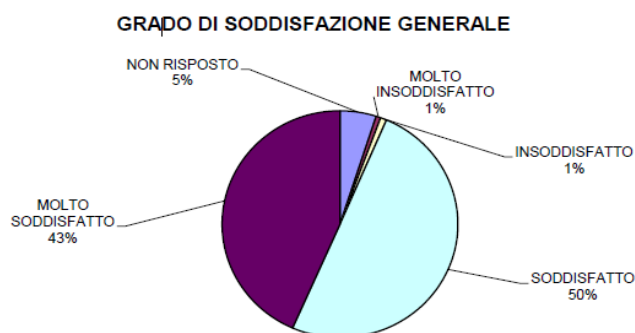
A fine del 2018 è stata condotta un'indagine dal titolo "Aiutateci a migliorare" per conoscere il grado di soddisfazione degli utenti che hanno usufruito dei servizi di cura e di assistenza presso i Reparti dei Presidi Ospedalieri di Mondovì-Ceva, Savigliano-Fossano-Saluzzo. Ai pazienti in dimissione è stato somministrato, nella settimana tra il 10 e il 16 dicembre 2018, un questionario le cui risposte prevedevano di dare una valutazione generale del servizio e dell'assistenza ricevuti indicando parere positivo, sufficiente o negativo.

Dei 283 degenti che hanno risposto, 253 pari all'89% hanno espresso parere positivo, 26 (9%) hanno valutato sufficiente i servizi ricevuti e solo il 2%, cioè 4 utenti, hanno manifestato un giudizio negativo.



Nel 2014 era già stata condotta un'indagine per verificare la soddisfazione degli utenti con riferimento all'accessibilità dei servizi, agli aspetti relazionali, al confort ambientale e agli aspetti informativi che aveva restituito un risultato decisamente positivo.

Degli 8.168 utenti che avevano compilato il questionario (cartaceo e on-line), il 50% si era dichiarato soddisfatto e il 43% addirittura molto soddisfatto. Solo un 2% dei partecipanti all'indagine aveva espresso una valutazione negativa.



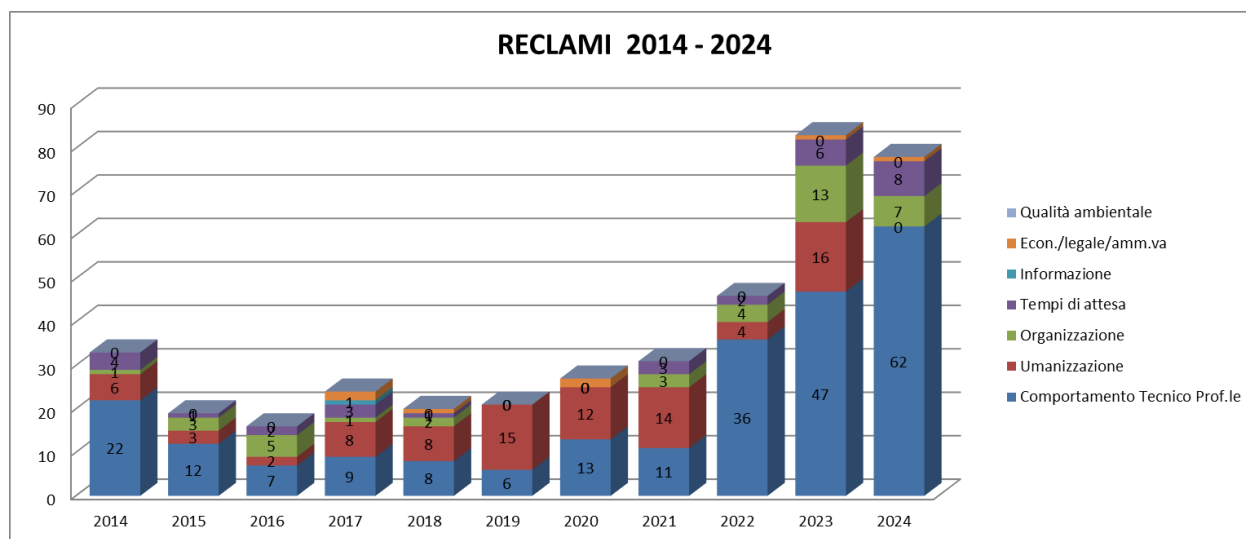
1.4.5 Reclami dei cittadini-utenti

La ricezione e gestione dei reclami dei cittadini è curata dall'URP attraverso una procedura che consente di optare tra diverse modalità di presentazione (verbale, rivolgendosi direttamente agli sportelli o telefonicamente, a mezzo posta, e-mail).

A decorrere dal 2014, l'URP è anche competente a ricevere segnalazioni di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi, in attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione.

Di fronte alla considerevole quantità di prestazioni e di servizi erogati dall'Azienda, il numero dei reclami raccolti è obiettivamente basso e conosce un andamento sinusoidale: dal picco dei 45 del 2013 si è scesi a 33 del 2014 a 19 del 2015, raggiungendo il punto più basso con i 16 del 2016; nel 2017 e con l'innalzamento a 24, stabilizzandosi a 20 e 21 nel 2018 e 2019, per poi avviare la curva in salita ai 27 del 2020, ai 31 del 2021, ai 46 del 2022 e agli 83 del 2023, per scendere da ultimo ai 78 del 2024.

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



1.4.6 Procedimenti disciplinari

Segnalazioni ricevute dall'UPD nel periodo 01/11/2023 – 31/10/2024	4
archiviazioni disposte all'esito del procedimento disciplinare:	1
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 72, c. 4, lett. b) del CCNL del 19/12/2019: censura scritta per <i>“condotta, negli ambiti di lavoro, non conforme ai principi di correttezza verso i componenti della direzione aziendale, gli altri dirigenti, i dipendenti, o nei confronti degli utenti o terzi”</i>	1
sanzioni applicate all'esito del procedimento disciplinare – violazione art. 36, c. 8, lett. a) – in relazione al c. 4 lett. a) dello stesso articolo del CCNL del 17/12/2020: una	

sospensione dal servizio con privazione della retribuzione per 5 giorni per “grave inosservanza delle disposizioni e delle direttive dettate in tema di conferimento di incarichi extra-istituzionali”	1
procedimenti sospesi ex art. 55 ter del D.lgs. 165/2001 e s.m.i.	//
procedimenti in corso di istruttoria al 31/10/2024	//
procedimenti trasmessi per competenza ai Direttori/Responsabili di Struttura	1

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

1.4.7 Esito dei Questionari sulla percezione della corruzione svolti all'interno dell'ASL CN1

Ritenendo essenziale la partecipazione e il coinvolgimento di tutti coloro che operano all'interno dell'Azienda, affinché possano essere adottate efficaci strategie di prevenzione della corruzione, nel novembre 2017 si propose un Questionario, che riprendeva, in buona parte, le domande contenute in quello presentato a fine 2015, così che con il confronto dei dati di alcune delle risposte si potesse misurare anche la crescita della coscienza sulla normativa, la validità delle misure proposte in allora per prevenirla, e la maturazione di proposte più efficaci.

Inoltre, furono inseriti alcuni nuovi quesiti con diverse finalità:

- la domanda numero 3) “Quale norma sancì per la prima volta il diritto alla salute?” voleva misurare la consapevolezza della natura di servizio pubblico del lavoro nel SSN;
- l'undicesima domanda voleva sondare le motivazioni del lavoro;
- la domanda numero 6) “Hai già avuto modo di partecipare ad un momento formativo sui temi dell'etica o della prevenzione della corruzione?” doveva farci capire quale penetrazione nel personale della CN1 ha avuto l'esigenza di approfondire i temi legati alla prevenzione della corruzione;
- la domanda numero 10) su chi paghi lo stipendio degli operatori dell'ASL, proponeva 4 possibili risposte (la Regione – lo Stato – i Cittadini – l'ASL stessa), l'intento era quello di sondare la consapevolezza della natura di Servizio Pubblico del lavoro nell'SSN;
- le domande 12) e 13) relative al Conflitto di interessi avevano lo scopo di far emergere quanto fossero stati interiorizzati i contenuti dei corsi di formazione di base proposti in questi anni dall'Azienda e in particolare indirizzati sugli obblighi e doveri dei dipendenti enunciati nel Codice di comportamento.

Si precisa che il questionario fu rivolto a tutti i dipendenti, agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e agli psicologi convenzionati, come già nel 2015, pertanto, la platea dei destinatari delle due indagini è sovrapponibile per quantità e qualità.

Inoltre, nuovamente si assicurò l'anonimato dei compilatori e per facilitare l'adesione si incentivò la compilazione attraverso un link inviato via mail a tutte le caselle di posta elettronica (personali e di struttura) e pubblicato sulla intranet aziendale nelle NEWS.

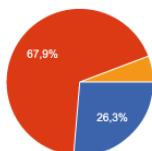
La raccolta delle risposte durò dal 24 novembre al 21 dicembre 2017 e furono rivolti nel periodo alcuni solleciti alla compilazione.

Si espongono di seguito i dati raccolti poiché si ritengono tuttora validi a dimostrare il grado di sensibilità del personale dell'Azienda sui temi della prevenzione della corruzione.

1287 risposte

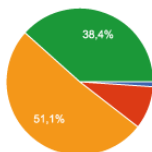
Riepilogo

Anagrafica - Area di appartenenza



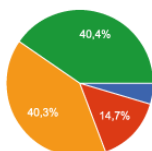
Dipendente area dirigenza	339	26.3%
Dipendente area comparto	874	67.9%
Personale convenzionato	74	5.7%

1) Quanto percepisci il tema delle illegalità e della corruzione come un problema del sistema sanitario?



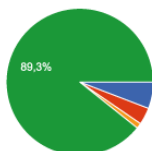
Per niente importante	14	1.1%
Poco importante	121	9.4%
Importante	658	51.1%
Molto importante	494	38.4%

2) In base alla tua esperienza, ritieni che l'illegalità e la corruzione abbiano delle ricadute dirette sull'ambiente di lavoro e sulla qualità ed efficienza dei servizi?



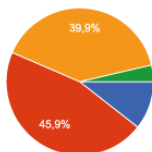
Per nulla	59	4.6%
Poco	189	14.7%
Abbastanza	519	40.3%
Molto	520	40.4%

3) Quale norma sancì per la prima volta il Diritto alla salute?



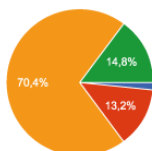
Il primo Piano Sanitario Nazionale	75	5.8%
Il Decreto Legislativo 502/92	48	3.7%
Il primo Piano Sanitario Regionale	15	1.2%
L'Articolo 32 della Costituzione Italiana	1149	89.3%

4) Sei a conoscenza dei contenuti della legge 190 del 2012 sulla prevenzione della corruzione?



Per nulla	136	10.6%
Poco	591	45.9%
Abbastanza	513	39.9%
Completamente	47	3.7%

5) Sei a conoscenza dei contenuti del Codice di Comportamento aziendale?



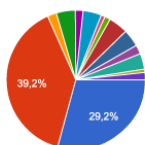
Per nulla	21	1.6%
Poco	170	13.2%
Abbastanza	906	70.4%
Completamente	190	14.8%

6) Hai già avuto modo di partecipare ad un momento formativo sui temi dell'etica o della prevenzione della corruzione?

Sì presso l'Asl CN1	718	55.8%
Sì presso altri Enti di formazione	74	5.7%

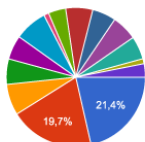


7) Prova a indicare quella che secondo te, tra quelle previste nell'attuale Piano di Prevenzione dell'ASL CN1 è la prima area/attività a rischio più critica, sulla quale si dovrebbe intervenire con priorità:



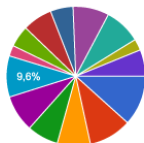
assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	376	29.2%
appalti e contratti pubblici	504	39.2%
concessioni e autorizzazioni	27	2.1%
rilevazione delle presenze e delle causali di assenza (con riferimento al c.d. fenomeno dell'assenteismo e dell'indebita fruizione di permessi retribuiti)	57	4.4%
erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	23	1.8%
vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	55	4.3%
affari legali, contenzioso, procedimenti disciplinari	12	0.9%
delle entrate, delle spese e del patrimonio	17	1.3%
libera professione	58	4.5%
gestione prenotazioni e liste di attesa	52	4%
rapporti contrattuali con privati accreditati	27	2.1%
farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	47	3.7%
ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	10	0.8%
utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	22	1.7%

7 a) Prova a indicare quella che secondo te, tra quelle previste nell'attuale Piano di Prevenzione dell'ASL CN1 è la seconda area/attività a rischio più critica, sulla quale si dovrebbe intervenire con priorità:



assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	276	21.4%
appalti e contratti pubblici	253	19.7%
concessioni e autorizzazioni	93	7.2%
rilevazione delle presenze e delle causali di assenza (con riferimento al c.d. fenomeno dell'assenteismo e dell'indebita fruizione di permessi retribuiti)	76	5.9%
erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	72	5.6%
vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	98	7.6%
affari legali, contenzioso, procedimenti disciplinari	15	1.2%
delle entrate, delle spese e del patrimonio	52	4%
libera professione	81	6.3%
gestione prenotazioni e liste di attesa	71	5.5%
rapporti contrattuali con privati accreditati	76	5.9%
farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	69	5.4%
ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	15	1.2%
utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	40	3.1%

7 b) Prova a indicare quella che secondo te, tra quelle previste nell'attuale Piano di Prevenzione dell'ASL CN1 è la terza area/attività a rischio più critica, sulla quale si dovrebbe intervenire con priorità:



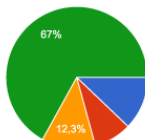
assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	150	11.7%
appalti e contratti pubblici	128	9.9%
concessioni e autorizzazioni	99	7.7%

rilevazione delle presenze e delle causali di assenza (con riferimento al c.d. fenomeno dell'assenteismo e dell'indebita fruizione di permessi retribuiti)	94	7.3%
erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	110	8.5%
vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	123	9.6%
affari legali, contenzioso, procedimenti disciplinari	32	2.5%
delle entrate, delle spese e del patrimonio	64	5%
libera professione	89	6.9%
gestione prenotazioni e liste di attesa	68	5.3%
rapporti contrattuali con privati accreditati	108	8.4%
farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	109	8.5%
ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	34	2.6%
utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	79	6.1%

8) Puoi indicare se ci sono ulteriori attività, oltre a quelle già elencate nella precedente domanda, che presentano delle criticità e che sarebbe quindi opportuno inserire nel Piano di Prevenzione dell'ASL?

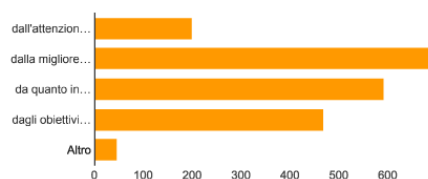
9) Hai in mente delle misure di prevenzione della corruzione/illegalità che ritieni potrebbero essere utile applicate nella nostra azienda?

10) Il tuo stipendio viene pagato:



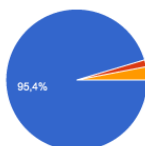
dalla Regione Piemonte	156	12.1%
dallo Stato	111	8.6%
dai cittadini	158	12.3%
dall'Asl CN 1	862	67%

11) Le scelte attuate durante la tua attività lavorativa sono dettate:

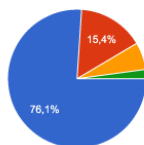


dall'attenzione ai costi	200	15.5%
dalla migliore qualità possibile per il cittadino	689	53.5%
da quanto indicato da Linee Guida o norme di buone pratiche	593	46.1%
dagli obiettivi aziendali assegnati alla Struttura di appartenenza	468	36.4%
Altro	46	3.6%

12) Che cos'è il Conflitto di Interessi?



13) Nel caso in cui si verifici il Conflitto di Interessi:



il dipendente pubblico deve astenersi e segnalare il motivo al superiore	956	76,1%
è opportuno astenersi e chiedere che l'attività venga svolta da un collega	194	15,4%
non so	80	6,4%
Altro	27	2,1%

Si propone adesso, una disamina delle risposte pervenute, svolgendo ove possibile un confronto con i dati raccolti nel 2015.

L'adesione al questionario

Con una platea di destinatari pressoché identica nel 2017 si sono raccolte 1287 risposte con un incremento di 34 rispetto al 2015.

Il numero dei dipendenti del comparto che hanno aderito al questionario è pressoché invariato, giacché sono appena 14 le risposte in meno pervenute, a fronte del calo degli esponenti del comparto da 3.158 a 3.120.

È cresciuta l'adesione dei dirigenti saliti a 339 contro 301 dato ancor più rilevante poiché nel complesso si contano 10 dirigenti in meno.

Dal personale convenzionato nel 2017 sono pervenute 10 risposte in più.

Esame delle risposte

Sulle **prime due domande** si riscontrano esiti pressoché identici nel 2017 e nel 2015 riguardo alla sensibilità verso il fenomeno dell'illegalità e della corruzione, considerati un problema rilevante del sistema sanitario e un fattore capace di incidere sull'ambiente di lavoro e sulla qualità ed efficienza dei servizi, anche se probabilmente l'aver approfondito la materia nei corsi porta uno scivolamento del 4,5% circa delle risposte nella fascia del minor peso.

Considerato che oltre 2080 operatori hanno partecipato ai corsi di base sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione, organizzati dall'Azienda, e altri hanno sicuramente ricevuto nozioni sui due campi in iniziative formative da loro scelte (praticamente il 50% degli operatori attualmente in servizio; dato confermato dalla risposta al **quesito n. 6** dove il 60% dei compilatori dichiara la frequenza a corsi sui temi censiti), potrebbe destare stupore leggere alla **domanda 4)** che il 56,5% dichiara di conoscere poco o per nulla la legge 190/2012 quando nel 2015 questa percentuale era del 40,2%, eguale sensazione si può provare davanti alla crescita dal 9,9 al 14,8 di coloro che dichiarano di conoscere per nulla o poco il Codice di comportamento aziendale (**domanda 5**), documento che fra l'altro è consegnato a tutti i partecipanti ai corsi, ai neoassunti ed è disponibile sia sul sito internet che sulla intranet aziendale.

In realtà osserviamo che proprio l'aver approfondito, alcuni contenuti della legge 190/2012 e del Codice di comportamento, nei corsi, può aver indotto molti partecipanti al questionario ad ammettere una conoscenza parziale della complessa materia con socratica sincerità ("so di non sapere").

A confortare gli appartenenti a questa struttura votata all'anticorruzione, arrivano le risposte alle ultime **domande (12 e 13)** aggiunte di proposito al fine di sondare concretamente l'apprendimento dei contenuti trasmessi nei corsi. Infatti, la risposta corretta al quesito "che cos'è il conflitto di interessi?" è pervenuta dal 93,55% dei partecipanti e, il comportamento corretto nella situazione proposta dal quesito numero 13) "nel caso in cui si verifichi il conflitto

di interessi...” ha ricevuto il 76,1% di adesioni e quella, che comunque, comportava l’astenersi e il far emergere il conflitto ha ottenuto il 15,4% di adesioni.

Il **settimo quesito** è in realtà, come già il quinto nel 2015, un raggruppamento di domande sullo stesso argomento, che consente una classificazione per importanza, avvertita, delle aree/attività a rischio individuate nei Piani di Prevenzione della Corruzione dell’Azienda, infatti suona “Prova a indicare quella che secondo te, tra quelle previste nell’attuale Piano di Prevenzione dell’ASL CN1 è la prima/seconda/terza area/attività a rischio più critica, sulla quale si dovrebbe intervenire con priorità”. Come prima area continua ad essere indicato il **settore degli appalti** (39,2% equiparabile al 37% del 2015), ma esso scende poi al secondo posto sia nel secondo quesito che nel terzo; analogamente a quanto succedeva nel 2015, dove però cedeva il terzo posto per una sola indicazione **all’area di erogazione sovvenzioni/sussidi**. Al secondo posto, con il 29% delle indicazioni, troviamo il **settore delle assunzioni/nomine/progressioni**. Da notare che le scelte sulle altre 12 aree non superano mai il 4,5% (punta raggiunta dal settore della libera professione), per quanto riguarda l’indicazione come prima priorità e arrivano al massimo al 7,6% come seconda e al 9,6% come terza, performance raggiunte sempre **dall’area vigilanza/controlli/verifiche/ispezioni/sanzioni**. Nel 2015 al terzo posto si collocava nelle prime scelte la libera professione e nelle seconde priorità la rilevazione presenze. Abbiamo provato a rilevare quali aree assommino nel 2017 e nel 2015 un maggior numero di indicazioni nelle tre risposte per evidenziare le priorità avvertite dagli operatori della CN1. Sia nel 2017 come nel 2015, si collocato sul podio **appalti e contratti pubblici** (rispettivamente con 885 e 883 indicazioni); alla piazza d’onore troviamo **assunzione/nomine/incarichi/progressioni** (con 802 e 756 scelte); molto staccati, ma comunque terza risulta l’area **vigilanza/controlli/verifiche/ispezioni/sanzioni** (276 e 268).

Proponiamo una tabella comparativa dei risultati dove si nota che alcune aree pur con numeri di scelte abbastanza simili nelle due indagini perdono o acquisiscono posizioni di attenzione.

Si notano, in particolare una forte crescita delle indicazioni per le **liste d’attesa** e per **farmacia/protesica/dispositivi** e la scivolata della **rilevazione presenze**, come quella dell’**utilizzo mezzi**.

AREE/ATTIVITA'	2017	2015
Appalti e contratti pubblici	885	823
Assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	802	756
Vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	276	268
Libera professione	228	231
Rilevazioni delle presenze e delle causali di assenza	227	264
Farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	225	196
Concessioni e autorizzazioni	215	204
Rapporti contrattuali con privati accreditati	211	230
Erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	205	210
Gestione prenotazioni e liste d'attesa	191	158
Utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	141	170
Delle entrate, delle spese e del patrimonio	133	145
Affari legali, contenzioso, procedimenti disciplinari	59	59
Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	59	45
Totali	3857	3759

Per la domanda 8) **“Puoi indicare se ci sono ulteriori attività, oltre a quelle già elencate nella precedente domanda, che presentano delle criticità e che sarebbe quindi opportuno inserire nel Piano di Prevenzione dell’ASL?”** soltanto in 100 questionari è stato affrontato l’argomento, contro 130 tentativi nella precedente edizione. La tabella sottostante riporta una sintesi sulle risposte ottenute che, in buona parte, sono riconducibili alle aree individuate nella domanda numero 7. Notiamo che l’area che desta maggiore attenzione è quella dei **controlli** anche con specifiche segnalazioni di settori su cui vigilare, alcuni dei quali riportiamo nella colonna dei dettagli. Nel campo degli **appalti e contratti pubblici** spiccano le cinque segnalazioni avverse agli **affidamenti in house**, che ritornano anche in una risposta relativa al settore assunzioni dove, invece, tre delle risposte puntano sulla **mobilità interna**. Alcune risposte, per la loro ermeticità, non sono state classificate in alcuna area, per il timore di non darne una corretta interpretazione, tuttavia si può notare che tre puntano sugli informatori scientifici.

RISPOSTE AL QUESITO 8 RICONDUCIBILI ALLE AREE/ATTIVITA' ELENcate SOPRA	NUMERO RISPOSTE	DETTAGLI DI ALCUNE RISPOSTE PIU' SIGNIFICATIVE
Appalti e contratti pubblici	12	Controllo esecutivo dei lavori - 5 affidamenti in House (4 AMOS) - Gestione e implementazione nuovi servizi, es. NUE112 - Affitti di strutture.
Assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	12	Esternalizzazione a enti privati con ancora graduatorie aperte in corso - Gestione domande di trasferimento - Trasferimento presso altri reparti - Mobilità interna - Attività sindacato.
Vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	18	Comprensione delle attività che non vengono fatte...quindi il reato del non fare - Migliorare la trasparenza - Più rispetto delle regole - Efficienza e competenza operatori a vari livelli - Controllo qualità del lavoro - Chi controlla i controllori? - Controllare l'ufficio personale - Non rispetto delle normative sulla sicurezza del e nel posto di lavoro - Individuazione dei parametri dei conflitti di interesse - Corsi di formazione esterni del personale autorizzati dall'ASL - Trasparenza nel comunicare le decisioni prese.
Libera professione	8	I medici dipendenti non dovrebbero svolgere attività privata ed essere pagati per questo un po' di più.
Rilevazioni delle presenze e delle causali di assenza	2	
Farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	2	
Concessioni e autorizzazioni	2	
Rapporti contrattuali con privati accreditati	0	

Erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	2	I medici facenti parte delle commissioni di medicina legale non dovrebbero vivere o risiedere nelle zone in cui operano per evitare favoritismi.
Gestione prenotazioni e liste d'attesa	3	
Utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	6	Gestione automezzi - Maggiore tracciabilità costi materiali sanitari e controllo sprechi del materiale - Utilizzo dei macchinari dell'Ospedale in fasce orarie più ampie - Spreco di materiale vario, carta, cibo e medicine.
Delle entrate, delle spese e del patrimonio	1	
Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	2	
ALTRE RISPOSTE		
No, non so, non saprei, nulla...	23	
Informazione scientifica su farmaci e dispositivi -Rapporti fra medici e altro personale con le Ditte farmaceutiche e produttrici di ausili e tecnologia	2	
Attività degli informatori farmaceutici nei reparti	1	
Mondo dei vaccini	1	
Pressioni su parenti/pazienti	1	
Badanze private	1	
Attività svolte e le decisioni prese dalla Direzione Generale	1	
Totale	100	

La **domanda numero 9)** riprende la numero 7 del questionario 2015 che ottenne 152 risposte, mentre nel questionario in analisi ne ha meritate solamente 102. Per considerare le misure suggerite abbiamo fatto ricorso alla medesime dieci categorie individuate nel 2015.

Osserviamo, guardando ai dati della tabella sottostante, che le voci **“tutela e incentivi per il whistleblower”**, **“semplificazione”** e **“tracciabilità”** non ricevono segnalazioni; come già nel 2015, quasi la metà dei suggerimenti riguardano **i controlli e le verifiche**, in generale si rileva che molte risposte più che suggerire misure evidenziano in realtà settori sui quali incrementare o implementare l'attenzione.

RISPOSTE AL QUESITO 9: MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	NUMERO RISPOSTE	DETTAGLI DI ALCUNE RISPOSTE PIU' SIGNIFICATIVE
IMPLEMENTAZIONE CONTROLLI INTERNI E VERIFICHE	42	3 Controlli sulle timbrature (2 con telecamere - 1 con impronte digitali; 3 Libera professione; Controlli sull'affitto da parte dell'ASL di appartamenti di dipendenti; Controlli sulle attività economiche dell'Azienda; Controlli sulle attività delle strutture; 2 Inserimento di un referente anonimo in ogni servizio per effettuare i controlli; Controlli sul personale che va in missione anche attraverso IRIS; 2

		Controllo sulla produttività dei dipendenti; Controllo operatori addetti all'informatica; Controllo operatori Direttori e Dirigenti.
TRASPARENZA	14	Trasparenza sulla valutazione dei dirigenti; Decisioni con impatto economico verificabili dai cittadini.
FORMAZIONE E DIFFUSIONE DELLA CULTURA, DELL'ETICA E DELLA LEGALITA'	10	Corsi soprattutto per la dirigenza; Lavorare onestamente per la comunità; Lavorare con buon senso; Obbligatorietà dei corsi.
APPLICAZIONE SANZIONI	2	
ROTAZIONE	6	Rotazione sede di lavoro dirigenti; Rotazione in particolare dei componenti commissioni che erogano benefit economici; sussidi e convenzioni; 2 Rotazione con verifica professionalità, imparzialità e incompatibilità.
TUTELA E INCENTIVI PER IL WHISTLEBLOWER		
ATTRIBUIRE RILEVANZA AI COMPORTAMENTI NEI SISTEMI PREMIANTI	3	2 Sistemi premianti per i più meritevoli.
SEMPLIFICAZIONE		
TRACCIABILITA'		
PROCEDURE E ORGANIZZAZIONE	12	Misure relative agli appalti: 2 Appalti solo a Ditte del territorio; Evitare affidamenti in house; Più attenta selezione negli acquisti degli applicativi informatici. Misure relative all'organizzazione aziendale: Maggior coinvolgimento dei dipendenti; 2 Eliminazione della L.P. dei medici; Remunerare meglio il personale del comparto; Gruppi di lavoro settoriali per studiare misure più appropriate; Nei concorsi ricorso a selezioni esterne rendendo non riconoscibili i componenti; Selezione del personale con criteri meritocratici; Maggior partecipazione degli Organismi Sindacali.
Non so, non saprei, ...	13	
Totali	102	

1.5. Analisi del contesto esterno

La presente analisi intende rappresentare il contesto socio-economico, demografico ed epidemiologico in cui opera l'Azienda, estrapolando i principali fattori di impatto sulle strategie aziendali.

1.5.1 Contesto socio – economico

L'economia del territorio è rivolta soprattutto ai servizi, all'agricoltura e al commercio, ma in alcuni distretti sono presenti importanti insediamenti industriali.

Dal punto di vista socio-economico, **il tasso di attività** è un indice che misura il livello di occupazione in una determinata area. È dato dal rapporto tra la popolazione attiva (forze di lavoro) e la popolazione in età lavorativa. Nel cuneese il tasso di attività, rapportato alla popolazione 15-64enne, è del 73% circa, più elevato rispetto a quello regionale di un punto percentuale e superiore di 6 punti percentuali rispetto al dato nazionale.

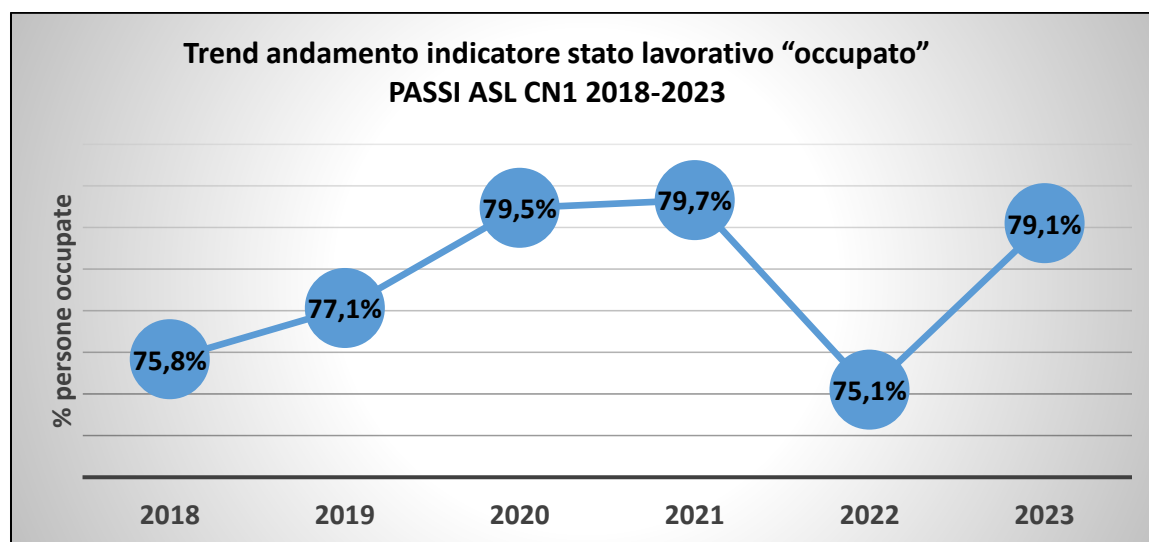
Tasso di attività in ASL CN1 (anno 2023)						
Area	Forze di lavoro (in migliaia)			Tasso di attività 15-64 anni (%)		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Cuneo	152	118	271	79,9	65,2	72,7
Piemonte	1059	859	1909	78,6	64,6	71,6
Italia	14579	10947	25527	75,7	57,7	66,7

Fonte dati: ISTAT, Rilevazione forze di lavoro (I.Stat)

Per i dati sull'**occupazione a livello locale**, si riportano i dati ricavati tramite le interviste telefoniche del Sistema Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che effettua domande sull'attività lavorativa ai residenti in ASL CN1 tra i 18 e i 65 anni di età.

Nel biennio 2022-2023 ha dichiarato di lavorare, anche in modo non continuativo, il 77% degli intervistati e in particolare il 73% dei giovani 18-34enni, il 91% dei 35-49enni e il 69% dei 50-65enni. In tutte le fasce di età gli uomini risultano più "occupati" rispetto alle donne (83% versus 71%). Ha un lavoro dipendente il 71% degli intervistati (62% uomini vs 81% donne), il 28% riferisce uno stato lavorativo autonomo (30% uomini vs 17% donne) e il 2% riporta di avere un lavoro atipico. Inoltre, il 72% degli intervistati in ASL CN1 ha dichiarato di non avere difficoltà economiche (versus il 22% con qualche difficoltà e il 6% che riferisce molte difficoltà).

Il grafico di seguito descrive il trend della condizione di "stato lavorativo", riferita dagli intervistati sul totale delle interviste effettuate in ASL CN1 nell'arco temporale 2018-2023. La percentuale di intervistati che dichiarano di essere occupati si mantiene al di sopra del 75% durante tutto il periodo considerato, anche se con una flessione dall'80% nel 2021 al 75% nel 2022, ma con una ripresa già nell'anno successivo (79%).

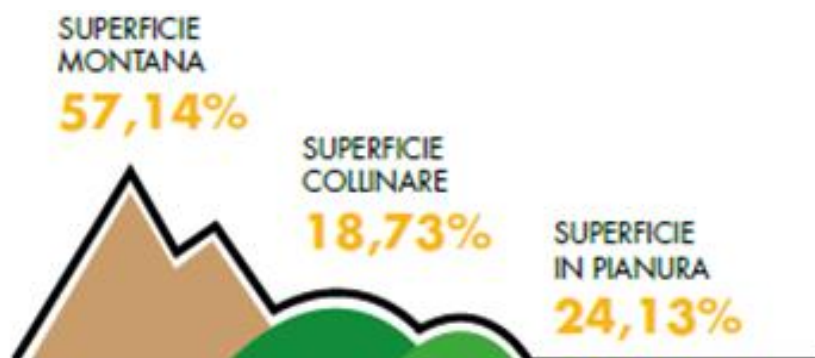


Fonte dati: www.epicentro.iss.it

1.5.2. 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 (71 abitanti/km²) che è fra le più basse del Piemonte. Nella tabella seguente si rappresenta l'evoluzione della popolazione residente nel triennio 2021-2023.

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



Il numero di abitanti residenti, nel territorio dell'ASL CN1, al 31 dicembre 2023 è 413.017, con una densità di popolazione, anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva, fra le più basse del Piemonte (71 residenti per Km²).

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			
31/12/2021	410.892	88.180	78.963	83.298	160.451	580.155	4.256.350	59.030.133
31/12/2022	411.587	88.340	78.840	83.461	160.946	580.736	4.251.351	58.997.201
31/12/2023	413.017	88.616	79.098	83.824	161.479	582.194	4.252.581	58.971.230

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 5.253.658 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2023, 428.905 si trovano in Piemonte (8,16%), 62.039 in Provincia di Cuneo (1,18%), mentre 43.742 persone risiedono nel territorio dell'ASL CN1 (0,83%).

ANNO	TOTALE ASL CN1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
31/12/2021	42.033	61.521	411.095	5.030.716
31/12/2022	42.618	61.685	420.240	5.141.341
31/12/2023	43.742	62.039	428.905	5.253.658

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. È il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e i giovani fino a 14 anni. Nel 2023 nella nostra ASL ci sono 1.999 anziani ogni 1000 giovani con età sino a 14 anni, nella Regione Piemonte ci sono 2.320 anziani ogni 1000 giovani con età sino a 14 anni e in Italia ci sono 1.998 anziani ogni 1000 giovani con età sino a 14 anni:

ASL CN1	<i>Popolazione >= 65 anni (103.908)</i> <i>Popolazione <=14 anni (51.990)</i>	<i>x 1000 = 19,99</i>
REGIONE PIEMONTE	<i>Popolazione >= 65 anni (1.131.007)</i> <i>Popolazione <=14 anni (487.480)</i>	<i>x 1000 = 23,20</i>
ITALIA	<i>Popolazione >= 65 anni (14.356.736)</i> <i>Popolazione <=14 anni (7.186.267)</i>	<i>x 1000 = 19,98</i>

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:

ASL CN1	<i>Residenti nati (2.829)</i> <i>Popolazione residente (413.017)</i>	<i>x 1000 = 6,85</i>
REGIONE PIEMONTE	<i>Residenti nati (25.039)</i> <i>Popolazione residente (4.252.581)</i>	<i>x 1000 = 5,89</i>
ITALIA	<i>Residenti nati (379.000)</i> <i>Popolazione residente (58.971.230)</i>	<i>x 1000 = 6,43</i>

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.

ASL CN1	$\frac{\text{Deceduti (4.855)}}{\text{Popolazione residente (413.017)}} \times 1000 = 11,75$
REGIONE PIEMONTE	$\frac{\text{Deceduti (53.508)}}{\text{Popolazione residente (4.252.581)}} \times 1000 = 12,58$
ITALIA	$\frac{\text{Deceduti (661.000)}}{\text{Popolazione residente (58.971.230)}} \times 1000 = 11,21$

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

Istat

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

ASL CN1	Tasso di natalità (6,85) – Tasso di mortalità (11,75) = -4,9
REGIONE PIEMONTE	Tasso di natalità (5,89) – Tasso di mortalità (12,58) = -6,69
ITALIA	Tasso di natalità (6,43) – Tasso di mortalità (11,21) = -4,78

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

Istat

1.5.3 Contesto sanitario

Il profilo di salute della popolazione residente sul territorio di riferimento dell'ASL CN1, permette di analizzare sia il contesto di tutela e di promozione della salute sia quello di erogazione dei servizi, al fine di individuare i principali ambiti di intervento. Il contesto sanitario viene qui descritto attraverso i dati di mortalità (generale e per causa), i dati delle malattie infettive e l'impatto delle malattie croniche. Lo stato di salute viene inoltre descritto come viene riferito dai residenti intervistati nella Sorveglianza di popolazione P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che raccoglie in continuo attraverso le interviste telefoniche, lo stato di salute della popolazione così come viene "sentito" e "autoriferito" dai cittadini 18-69enni, sia a livello generale, sia rispetto a determinate patologie e agli stili di vita.

Il tasso grezzo di mortalità Il tasso grezzo di mortalità (TG - numero morti/popolazione totale, ogni 1000 residenti) della popolazione di riferimento dell'ASL CN1, nel 2023, è di poco meno di 12 decessi ogni 1000 abitanti, dato leggermente inferiore a quello regionale (quasi 13 decessi per 1000 residenti).

Tasso grezzo di mortalità (TG) in ASL CN1 (anno dati 2023)	
ASL CN1	11,7
Distretto CN1 Nord-Est	10,5
Distretto CN1 Nord-Ovest	11,9
Distretto CN1 Sud-Est	13,7
Distretto CN1 Sud-Ovest	11,3
Regione Piemonte	12,6

Fonte dati: Banca Dati PiSta Regione Piemonte

Le **principali cause di morte**, aggiornate al 2021, sono le stesse per uomini e donne: 1) malattie dell'apparato circolatorio (1676 decessi); 2) tumori maligni (1240 decessi); 3) Covid-19 (452 decessi); 4) malattie dell'apparato respiratorio (316 decessi).

Il **monitoraggio delle malattie infettive** è effettuato tramite il sistema di segnalazione PREMAL, che ne regola modalità di segnalazione, raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati. In ASL CN1, nel 2022, tra le principali malattie infettive soggette a obbligo di notifica si evidenziano la varicella, la scarlattina, la scabbia e la malaria.

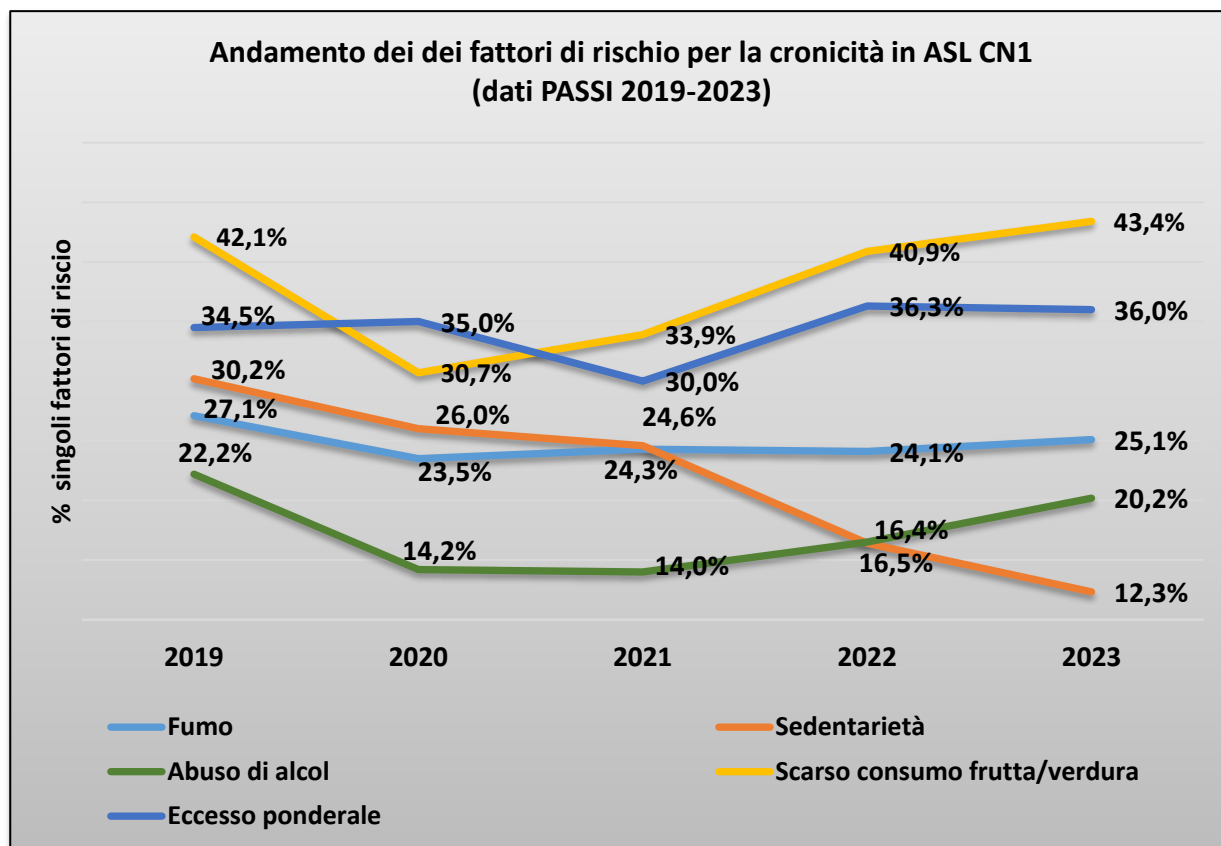
Numero di casi segnalati delle principali malattie infettive (anno 2022)		
	ASL CN1	Regione Piemonte
Varicella	131	510
Scabbia	67	1094
Scarlattina	66	184
Malaria	12	74

Fonte dati: Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza delle malattie infettive

La **presenza di patologie croniche** in ASL CN1 viene stimata attraverso le diagnosi mediche di cronicità ricevute dagli intervistati P.A.S.S.I. e contemplano: cardiopatie (infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o altre malattie del cuore), ictus o ischemia cerebrale, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), diabete, malattie croniche del fegato e/o cirrosi, insufficienza renale. Dalle Sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento (dati 2021-22) emerge che il 15% degli adulti (18-69enni) è affetto da una patologia cronica e il 3% convive con due cronicità; queste percentuali nella popolazione anziana (dai 65 anni in poi) salgono rispettivamente al 35% e al 20%. Tuttavia il 71% degli adulti e l'89% degli anziani giudicano positivamente la propria salute. Dal punto di vista sociale l'11% dei residenti di 65 anni e più dichiara di sentirsi socialmente isolato. Fonte dati: www.epicentro.iss.it

I servizi sanitari sono un luogo strategico per le azioni di prevenzione e promozione della salute. Rappresentano infatti il contesto ideale per contrastare i comportamenti a rischio e per il consolidamento di competenze negli operatori sanitari per accompagnare i cambiamenti dello stile di vita nella popolazione generale. Il grafico sottostante mostra l'andamento dei principali **fattori di rischio per l'insorgenza di patologie croniche**.

La percentuale di fumatori rimane abbastanza costante nel tempo: circa un quarto degli intervistati ha dichiarato di fumare. Il consumo di alcol ad alto rischio (consumo abitualmente elevato, episodico eccessivo, fuori pasto) mostra una decrescita dal 2019 al 2021 (22% vs 14%), per poi risalire al 20% alla fine del periodo. La prevalenza di soggetti che non riescono a consumare almeno 3 porzioni/die di frutta o verdura è altalenante, attestandosi tra il 31% e il 43% circa. Le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) sono tra il 30% e il 36%. La sedentarietà mostra un trend decrescente: dal 30% circa nel 2019 al 12% circa nel 2023.



Fonte dati: www.epicentro.iss.it

1.5.4 Indagine sulla qualità della vita

Secondo la classifica “*sul benessere nei territori*” pubblicata dal quotidiano economico “**Il Sole 24 Ore**”, nel 2024 Cuneo è al **secondo posto tra le provincie piemontesi**, preceduta solo da Novara ed è la 37^a città d’Italia su 107, per qualità della vita, con un punteggio di 588,84, aumentando di 2 posizioni a livello nazionale rispetto al 2023.

In generale lo studio vede sul podio rispettivamente Bergamo, Trento e Bolzano. I valori del 2024, come sottolinea lo stesso giornale promotore della statistica¹, vede Bergamo per la prima volta vincere l’indagine del “*Sole 24 Ore*” e nei primi 10 posti trionfa il Nord-Est; il benessere del territorio si è, invece, mediamente abbassato nelle grandi città, a parte Bologna (9^a), scendono di diverse posizioni: Milano è 12^a, Firenze da sesta a 36^a, perlopiù a causa dell’aumento della

¹Cfr. con: <https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/>

criminalità e Roma è passata dal 35° al 59° posto, per l'aumento delle disuguaglianze. Mentre, la gran parte dei territori in cui la qualità della vita è più bassa continua a essere al Sud, anche se ci sono segnali positivi.

Infatti, la provincia con la qualità della vita peggiore è Reggio Calabria, preceduta da Napoli e Crotone, rispettivamente al 106esimo e al 105esimo posto. Sulla situazione secondo la classifica incidono fattori come la bassa aspettativa di vita, il numero delle imprese in fallimento, il divario nella parità salariale tra uomini e donne, i livelli di criminalità e la disoccupazione. Ciononostante nel 2024 al Sud c'è stata una crescita economica non solo superiore agli scorsi anni, ma anche a quella del Nord e del Centro: la situazione è dunque generalmente in miglioramento rispetto allo scorso anno.

L'impostazione della ricerca conferma le sei aree tematiche di analisi che fotografano la complessità della vita nelle province italiane.

Nonostante le variazioni nelle classifiche, Cuneo continua a distinguersi positivamente in alcune categorie. Positive le performance di Cuneo su "sicurezza e giustizia", "ricchezza e consumi", "demografia, società e salute", nonché su "cultura e tempo libero"; meno bene sui fronti di "affari e lavoro" e "ambiente e servizi". Tra le note liete che rendono Cuneo un'eccellenza a livello nazionale spiccano nella sezione "Affari e lavoro" il 7° posto per numero di startup innovative, di 11,60 ogni mille società, contro una media nazionale di 6,75.

Il parametro su cui Cuneo ha guadagnato più posizioni rispetto al 2023 è certamente quello che riguarda la "Ricchezza e consumi". Nella graduatoria generale di questa categoria, il capoluogo della Granda si pone infatti al 27° posto, **diciassette posizioni prima rispetto a quella dello scorso anno**. Indicativa invece la quarantaseiesima posizione (-16 rispetto al 2023) per quanto riguarda la sezione "Ambiente e Servizi" e quella relativa alla "Demografia e società" di 11 punti in più rispetto all'anno precedente.

QUALITA' DELLA VITA A CUNEO - ANNI 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024														
SETTORI	2018 - 19^ POSIZIONE 515 PUNTI		2019 - 21^ POSIZIONE 532 PUNTI		2020 - 20^ POSIZIONE 530,3 PUNTI		2021 - 34^ POSIZIONE 508 PUNTI		2022 - 36^ POSIZIONE 533,50 PUNTI		2023 - 39^ POSIZIONE 545,70 PUNTI		2024 - 37^ POSIZIONE 588,84 PUNTI	
	POSIZIONE	PUNTI	POSIZIONE	PUNTI	POSIZIONE	PUNTI	POSIZIONE	PUNTI	POSIZIONE	POSIZIONE	POSIZIONE	POSIZIONE	POSIZIONE	
Servizi - Ambiente	58°	590	7°	570,9	64°	413,2	9°	451,01	20°	30°	46°			
Cultura - Tempo Libero - Partecipazione	47°	414,8	86°	215,6	62°	367,1	81°	255,83	71°	69°	52°			
Demografia - Società - Salute	34°	571,2	61°	489,3	74°	550,8	67°	480,81	37°	52°	41°			
Giustizia - Sicurezza - Ordine pubblico	16°	230,9	14°	776,3	14°	740,7	11°	791,95	12°	17°	13°			
Affari - Lavoro - Innovazioni	12°	663,4	17°	574,6	13°	488,3	29°	480,76	81°	26°	33°			
Ricchezza - Consumi - Tenore di vita	36°	622	29°	568	8°	621,6	21°	587,65	18°	44°	27°			

Fonte: "Il Sole 24 Ore"

Classifica finale 2024

RANK
37°

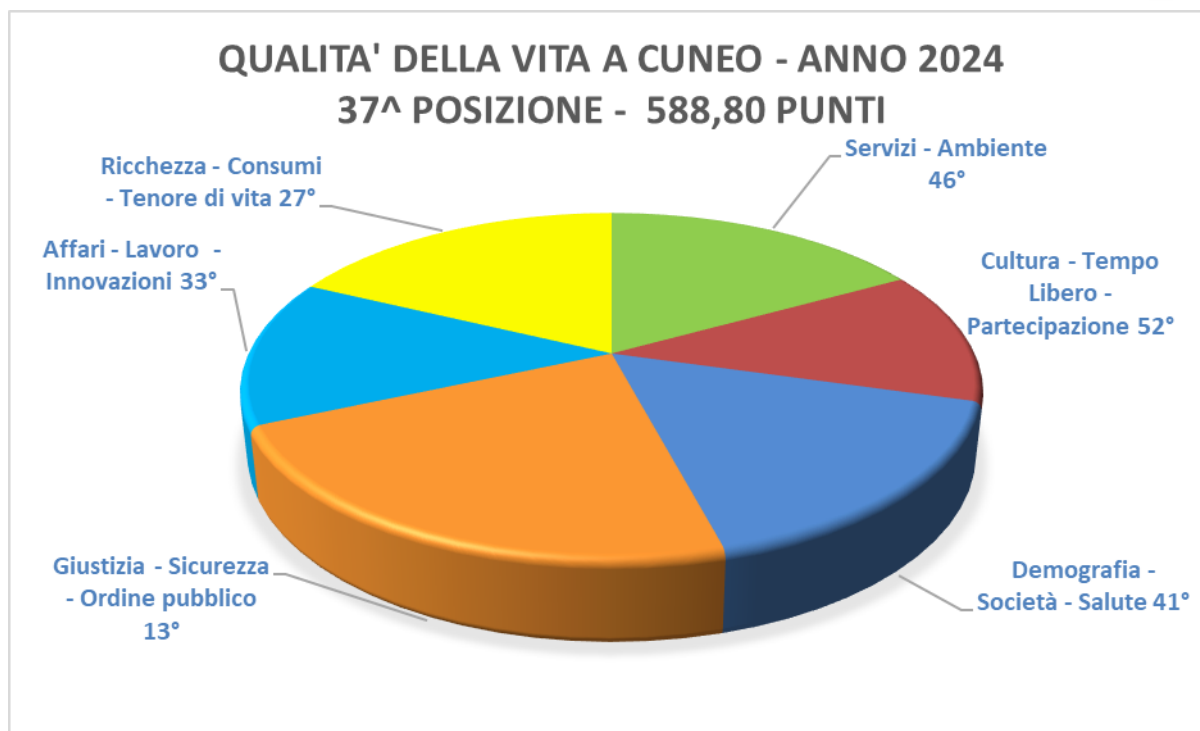
VAR.2024/2023
+2▲

MEDAGLIE 
0 0 0

INDICATORE	107°	1°	RANK	VAR.24/23	MEDAGLIE		
> Ricchezza e consumi		27°	+17▲	0	0	0	
> Affari e lavoro		33°	-7▼	3	4	4	
> Giustizia e sicurezza		13°	+4▲	0	0	0	
> Demografia e società		41°	+11▲	0	0	0	
> Ambiente e servizi		46°	-16▼	1	0	0	
> Cultura e tempo libero		52°	+17▲	0	0	0	

Fonte: "Il Sole 24 Ore"

QUALITA' DELLA VITA A CUNEO - ANNO 2024		
37^ POSIZIONE - 588,80 PUNTI		
SETTORI	POSIZIONE	PUNTI
Servizi - Ambiente	46°	598,6
Cultura - Tempo Libero - Partecipazione	52°	440,7
Demografia - Società - Salute	41°	581
Giustizia - Sicurezza - Ordine pubblico	13°	796,3
Affari - Lavoro - Innovazioni	33°	485,8
Ricchezza - Consumi - Tenore di vita	27°	630,8



Fonte: "Il Sole 24 Ore"

Molto interessanti sono anche i dati che emergono dalla sezione "Giustizia e sicurezza", dove Cuneo si colloca al 13° posto generale, risalendo nuovamente di quattro posizioni rispetto all'anno 2023, risultando 8^ per indice di criminalità, con 2.427 denunce ogni 100mila abitanti.

Giustizia e sicurezza

Posizione classifica generale indice della criminalità 2024

99° SU 107 PROVINCE

L'indice peggiore

19° in classifica

Rapine in abitazione

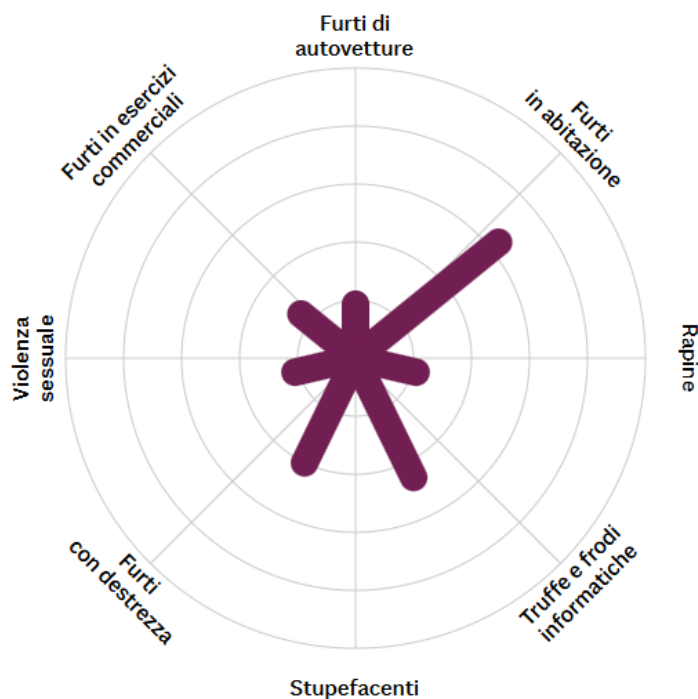
4,0

Denunce ogni 100mila abitanti

0,0 6,9

- Media 2,8

• Benevento 6,9



Secondo l'analoga indagine condotta dal quotidiano economico, giuridico e politico "Italia Oggi", la provincia di Cuneo, nel 2024 si è classificata al 28° posto, perdendo due posizioni rispetto l'anno precedente. Questo calo è attribuito in gran parte a una performance inferiore nella categoria "Servizi, Ambiente e Salute".

1.5.4.1 Analisi dell'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (Ires) Piemonte

L'analisi elaborata dall'**Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (Ires) Piemonte** è considerata in questo nostro documento a partire dall'edizione 2016-2018, poiché si valuta molto significativa la misurazione, che essa svolge attraverso una rigorosa metodologia di indagine, del **benessere equo e sostenibile (BES)** delle province piemontesi. Come l'Ires spiega i dati sono il risultato di una rilevazione effettuata in un breve periodo del marzo di ciascun sulla popolazione maggiorenne residente in Piemonte in relazione al clima di opinione relativamente a diversi aspetti in ambito sociale, economico e di convivenza civile; vengono utilizzati oltre 120 indicatori suggeriti dalla metodologia Istat, aggregati nelle dodici dimensioni del sistema BES. Il sistema permette di confrontare fra loro le otto province, realizzando una classifica basata sui valori medi regionali.

L'analisi sanciva nel 2015 il netto primato di Cuneo in termini di benessere soggettivo, determinato soprattutto da quanto rilevato nei settori della salute ed efficienza dei servizi, del lavoro e sicurezza e dell'ambiente e paesaggio.

Dall'indagine 2016 il Piemonte la provincia di Cuneo si dimostra meno ottimista e più allineata ai valori medi regionali: in testa nelle preoccupazioni la sicurezza, il lavoro e la tassazione.

La **Relazione 2018** si sofferma sulla fase di profondo cambiamento, che si impone per la Sanità italiana, per l'esigenza di dover rispondere a nuovi bisogni di salute, di una popolazione sempre più anziana, che deve confrontarsi con le problematiche della cronicità e della non autosufficienza, ma disponendo di risorse umane e strumentali dedicate all'erogazione dei servizi, da molti oggetto di forte ridimensionamento. Essa evidenzia che le innovazioni tecnologiche possono aprire la strada a profonde trasformazioni nel modo di gestire il complesso sistema dell'assistenza sanitaria.

Per gli approfondimenti sugli argomenti trattati nelle singole sopra citate **Relazioni dell'IREs Piemonte** facciamo rimando al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 al link: <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-corruzione/>

La **Relazione 2019** sottolineava che garantire la salute dei cittadini è un obiettivo trasversale, che valica gli ambiti delle politiche sanitarie, e strutturò il capitolo "Sistema Salute" in una prima parte dedicata alla "salute come questione sociale" ed in una seconda parte sulla "organizzazione della Sanità", difatti si legge *"disegnare un sistema sostenibile significa riconoscere che la salute è una risorsa sociale e che al suo deperimento contribuiscono molti fattori, oltre la qualità delle cure: l'organizzazione del lavoro, gli stili di vita, le scelte di consumo, la salubrità degli ambienti, i livelli di istruzione e di reddito. I principali indicatori mostrano che la popolazione piemontese gode complessivamente di buona salute"*. Troviamo la conferma che l'invecchiamento della

popolazione e l'emergente cronicità delle patologie sono problemi rilevanti per il Piemonte e per la Granda, che richiedono adeguato potenziamento dei Servizi territoriali.

Vengono poi lanciati flash:

- sulla sempre maggiore diffusione di casi di disagio psichico e di mancanza di benessere mentale, per i quali il Sistema della Salute Mentale piemontese si stava riorganizzando, ma in carenza di risorse finanziarie e di personale;
- sulla necessità dell'innovazione della rete ospedaliera, fatta di un 65% di Strutture obsolete, mentre solo ospedali efficienti dal punto di vista infrastrutturale, logistico e tecnologico avrebbero potuto garantire ai piemontesi un elevato stato di salute, considerando anche che "Una rete ospedaliera efficiente e sulla frontiera dell'innovazione rappresenta un motore di sviluppo locale";
- sull'opportunità di investire sul personale sanitario, diminuito nei dieci anni precedenti di circa 2.500 unità, e sebbene il rapporto fra il numero di operatori per abitanti fosse ancora più alto rispetto a quello di altre Regioni, mostrava anche una quota di over 60 passata in dieci anni dal 4 al 21%, e la carenza di Medici e Infermieri, per affrontare la quale sarebbe occorsa rapidamente una buona programmazione dell'offerta formativa, ai diversi livelli, per fare in modo che i giovani formati trovassero in Piemonte condizioni di lavoro adeguate e competitive.

Purtroppo l'allora imprevedibile "Pandemia da Corona Virus", abbattutasi sull'intera umanità, ha colpito molto più duramente i Piemontesi per le carenze nei servizi territoriali; per la poca adattabilità dei "vecchi" Ospedali ad offrire distinti Percorsi di cura per il "CO.VI.D." e per le altre patologie; per la carenza di Medici Specialisti in più branche, di Infermieri e figure sanitarie; per l'età avanzata di tanti operatori, che si sono battuti tutti allo spasimo, ma spesso rientranti già fra le persone "fragili", così da pagare soprattutto nei primi mesi un alto tributo di vite o subendo per l'infezione gravi problemi, a volte perduranti nel tempo.

La "chiave di lettura per il Piemonte", proposta nella **Relazione 2020**, muove dall'individuazione di 3 grandi cambiamenti, che mettono a dura prova i sistemi socio-economici e politici delle Nazioni, di quelle sviluppate in modo particolare: la sfida demografica, la rivoluzione tecnologica, il cambiamento climatico, ai quali conseguono 4 "effetti" concatenati, le grandi migrazioni, i nuovi assetti delle relazioni internazionali, l'ineguaglianza e l'inurbamento. L'**Ires** osserva i prodromi di tali fenomeni erano avvertiti già negli Anni "80, senza che la politica a livello globale abbia cercato serie risposte, non capendo che nessuna soluzione può essere valida se non pensata per un contesto complesso e in una scena, che abbraccia l'intero pianeta. Questa ottica l'**Ires** la indica anche per le politiche di sviluppo del Piemonte, da calibrare per una realtà molto più piccola, ma dai suoi indicatori socio-economici di base, azzoppata dal non aver affrontato le grandi sfide del nostro tempo con la stessa efficacia di altre Regioni, soprattutto del Nord Italia.

Individua i motivi ed i caratteri del ritardo:

- sulla sfida demografica, in "politiche per le famiglie" fatte di dichiarazioni, qualche discontinuo intervento a favore delle famiglie con figli, pochi risultati, tanto che le nascite sono calate del 20% in 10 anni;
- sull'adattamento all'invecchiamento, basando l'assistenza con il ricorso a badanti e colf da parte delle famiglie e con interventi mirati da parte del SSN, ma lasciando spazio per migliorare l'accessibilità sociale per gli anziani e per valorizzarne le capacità di lavoro e di consumo, e sotto vari profili sociali.

Arrivando ai campi dove il Sistema Sanitario ha manifestato le attese “carenze” davanti alla “Pandemia”, l'Ires offre riflessioni su due dei fronti principali:

- **la gestione della domanda di salute**, poiché la crescita della speranza di vita aumenta la domanda di cure sanitarie, che assorbono una grossa fetta delle risorse dei SSN nei paesi sviluppati, in Italia circa l'80%; pertanto strategico è l'evitare il più possibile l'ospedalizzazione, contribuendo a diffondere stili di vita utili a ridurre la cronicità e in parte intercettando proattivamente le persone quando le malattie croniche non sono ancora conclamate, nei loro luoghi di vita, incrementando e finanziando strutture di prossimità, ossia gruppi e reti di Medici di famiglia, Case della Salute, team infermieristici per l'assistenza al domicilio. In tale logica, negli ultimi 20 anni pressoché tutti i paesi dell'OCSE hanno ridotto il numero di posti letto e altrettanto è accaduto nelle regioni italiane, ma in Piemonte la “riforma” è coincisa con le riduzioni di bilancio imposte dal “Piano di rientro”, cosicché ad uno sviluppo parziale e non equilibrato della “rete territoriale” e al timido avvio della sanità digitale, si è accompagnata una notevole contrazione del personale sanitario. L'Ires sottolinea e documenta che l'“Emergenza sanitaria del Covid-19” ha drammaticamente fatto emergere non tanto i limiti della “riforma” quanto il ritardo nei tempi di attuazione.
- **Sanità territoriale.** Gli indirizzi normativi nazionali e regionali hanno progressivamente trasformato gli ospedali in centri per il trattamento della fase acuta della malattia, metamorfosi, che doveva accompagnarsi all'instaurazione di un sistema integrato e connesso con la rete sanitaria territoriale, a sua volta collegata con la dimensione socio-assistenziale, sino al domicilio degli assistiti; ma l'Ires rileva che l'“Emergenza sanitaria” ha messo a nudo l'inadeguatezza dei passi mossi; e che vanno, dunque, rafforzate la spinta verso sistemi sanitari, impostati sull'assistenza integrata sia nella prevenzione che nella cura, basati su specifici apporti del comparto ospedaliero e di quello territoriale, e quella verso una maggior flessibilità delle organizzazioni sanitarie, che prevedano nuove modalità di raccordo tra i servizi sul territorio e quelli ospedalieri, a partire dalle tecnologie per realizzarle e dal personale per attuarle.

L'IRES Piemonte intitolando la sua **Relazione 2021** “Rigenerare il Piemonte: Prospettive di cambiamento e politiche per il Futuro” ha sottolineato come in termini economici, l'impatto della pandemia in Piemonte nel 2020 è stato paragonabile per intensità a quello della crisi finanziaria del 2007-2008, pur distaccandosi totalmente per cause, effetti e prospettive future. Tra i settori industriali più colpiti ne indica alcuni tra i più importanti per la nostra Regione: il tessile-abbigliamento, “l'automotive” e la meccanica in generale; mentre vede che hanno tenuto il “sistema agrifood” ed il chimico farmaceutico. Afferma inoltre come rispetto alla crisi del passato sono stati, invece, duramente colpiti dalle restrizioni pandemiche il commercio e il turismo, a cui si aggiungono forti segnali di sofferenza di gran parte delle categorie del lavoro autonomo. Espone un quadro demografico caratterizzato dall'ulteriore riduzione della natalità e da un congelamento dei flussi migratori in entrata, con le donne e soprattutto i giovani, sia nell'età scolare che nella fase di ingresso sul mercato del lavoro, maggiormente colpiti dalle difficoltà economiche e le restrizioni pandemiche. L'Ires evidenzia ancora **la necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario pubblico**, anche attraverso la realizzazione di quella rete territoriale, per molti aspetti carente, così da non sostenere adeguatamente il contrasto alla pandemia.

Nonostante le difficoltà e le incertezze, Ires osserva enormi e validi sforzi di adattamento a cominciare dall'immenso sacrificio del personale sanitario e dalla flessibilità repentina richiesta agli insegnanti; inoltre, rimarca in Piemonte le numerose testimonianze di solidarietà diffusa sia spontanea sia attraverso lo sviluppo delle filiere “della carità” e del volontariato. Aggiunge che, grazie alla disponibilità di reti, dispositivi e piattaforme digitali è stato possibile mantenere in attività molti lavoratori, proseguire, pur con molte criticità, le attività didattiche e sviluppare rapidamente nuovi servizi per contenere le difficoltà quotidiane imposte dalle misure di contenimento del virus: la transizione digitale ha subito una brusca accelerazione, così che vede Didattica a Distanza (DAD), riunioni “da remoto” e Smart Working entrare stabilmente nella “nuova normalità” che ci attende dopo la pandemia, mentre l’e-commerce ha compiuto un ulteriore balzo. Secondo l’Ires, resta da considerare che molti degli strumenti e dei servizi, utili alla resilienza, così come molta parte delle forniture sanitarie e i vaccini, che stanno contribuendo all’uscita dalla Pandemia, sono sviluppati e prodotti in altri Stati e spesso oltre i confini europei: da ciò emerge la debolezza del nostro mondo rispetto a fronti d’innovazione e settori industriali altamente strategici.

Ires Piemonte ha ancora ritenuto opportuno sottolineare come l’impatto economico e sociale della pandemia è stato globale quanto lo è stata la diffusione del virus. I governi e le istituzioni nazionali e internazionali, forse memori della lenta reazione alla crisi finanziaria del 2008, hanno mostrato rapidità di azione con le misure di emergenza per imprese e lavoratori che, anche se non risolutive, hanno attenuato gli impatti negativi. Si attendeva per il 2021 un “rimbalzo” dell’economia per compensare almeno in parte la flessione precedente che dipendono in larga parte dal rallentare della pandemia non solo a livello locale, ma anche nel resto del mondo. L’IRES ritiene inoltre che il segnale più importante riguarda il cambio di paradigma dell’Europa rispetto alle politiche di sostegno e rilancio; dove si chiude una lunga stagione basata su una ragionieristica ed ossessiva austerità che non solo non ha curato i problemi di fondo dell’Unione e dei Paesi membri ma ha probabilmente favorito la stagnazione. La consapevolezza dei gravi rischi sociali innescati dalla pandemia ha guidato la nuova Commissione Europea a concepire uno straordinario Piano di aiuti, da cui ha preso forma il PNRR.

Per gli approfondimenti sull’indagine realizzata dall’IRES sullo stato di Salute della Popolazione Piemontese e sul paragrafo dedicato a “Quali i scenari dopo la Pandemia nei Servizi Sanitari e Socio Sanitari”, trattati nella sopra citate Relazioni dell’IRES Piemonte del 2021 facciamo ancora rimando al PTPCT 2022-2024 al link: <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-corrruzione>

L’IRES Piemonte nella sua **Relazione 2022**, intitolata “Affrontare il futuro con responsabilità”³, mette innanzitutto in evidenza come “da una crisi all’altra” sia difficile “tenere la rotta in un mare burrascoso”. L’Istituto di ricerca sottolinea infatti come nel corso del 2021 e nei primi mesi del 2022, grazie al successo della campagna vaccinale, alla disponibilità di mezzi più adeguati e all’esperienza sanitaria maturata nelle prime ondate, è stato possibile gestire la pandemia in modo più elastico, contenendo i danni e consentendo, anche grazie alla risposta rapida e intensa dei diversi livelli di governo, una robusta ripresa che ha permesso di recuperare buona parte del danno economico subito nell’anno precedente. In particolare, l’Istituto di Ricerche Economiche e Sociali fa risaltare come in Piemonte la crescita annua del prodotto nel 2021 è stata pari a

³ Si veda: <https://www.ires.piemonte.it/index.php/relazione>

+7,1%, dopo il crollo del 2020 del meno 9,4% e soprattutto gli investimenti si sono distinti per il forte slancio, pari a +18,1%, confermando una dinamica espansiva mai vista nelle precedenti recessioni. Le esportazioni totali sono cresciute nel 2021 del 15%, superando i livelli pre-covid del 2019. Anche il turismo ha avviato la ripresa, segnando un forte incremento degli arrivi nella seconda parte dell'anno ed un recupero della quota di turisti esteri che è tornata al 40%.

L'Ires evidenzia ancora come tuttavia la ripresa repentina a livello globale abbia generato squilibri di mercato e meccanismi speculativi che hanno portato ad un "balzo dei prezzi delle materie prime" e scarsità di componenti tecnologici, causando perciò una prima "fiammata inflattiva". Situazione peggiorata nel 2022, considerato che si è aperto l'anno con l'esplosione della più grave crisi geopolitica in Europa dopo la Seconda Guerra Mondiale scatenata dall'invasione del territorio ucraino da parte della Russia. L'impatto di questo shock sull'economia è stato immediato, mettendo a rischio la disponibilità di materie prime strategiche e acuendo la spinta inflattiva già in corso. Questo insieme di fattori ha portato a una riduzione delle stime per il 2023.

Ires Piemonte ha ancora ritenuto opportuno sottolineare come anche a prescindere dall'esito peggiore, un allargamento del conflitto ed una sua "escalation" in termini di durata e gravità, questa nuova crisi mette in definitiva evidenza l'improrogabilità di scelte fondamentali per l'Europa e il nostro Paese, a cominciare da quelle collegate all'energia, fattore centrale non solo come bene essenziale ma anche come elemento strategico negli equilibri geopolitici. L'istituto sottolinea anche come la crisi Russia-Ucraina ha rimesso in discussione anche la sicurezza alimentare europea e nazionale, a causa dell'alto livello di dipendenza rispetto a forniture essenziali, come cereali, altre materie prime alimentari e fertilizzanti da parte dei Paesi coinvolti e, più in generale, da altre aree del pianeta.

L'Ires afferma inoltre che in risposta alla pandemia si è aperta una stagione straordinaria di interventi pubblici come non si vedeva da decenni e che difficilmente si ripeterà in futuro. Alla luce dei problemi aperti dalla crisi Russia-Ucraina, l'Ires prosegue ritenendo che cogliere tale opportunità si presenta ancora più necessario. Fondi statali e regionali, Fondi europei di investimento per il ciclo 2021-27 e PNRR, nel loro insieme costituiscono non solo una potente leva di ripresa ma soprattutto strumenti per affrontare finalmente i nodi strutturali che rallentano lo sviluppo della nostra Regione.

In conclusione, secondo l'Istituto di ricerca piemontese, per affrontare "il mare burrascoso" del mondo attuale è necessario disporre di "carte nautiche" aggiornate per una navigazione sicura e non mancano le "mappe" da seguire per cercare la nuova via per il Piemonte, tuttavia è necessaria tanta determinazione per affrontare le sfide che il cambiamento impone, mettendo in conto che serviranno parecchi anni e, probabilmente, alcune legislature per portare a compimento le importanti riforme, riorganizzazioni e innovazioni necessarie, richiedendo continuità e lucidità nell'azione politica e amministrativa, nell'ottica del bene comune. È il momento della responsabilità, di una responsabilità condivisa e a beneficio dell'intera comunità, delle scelte non rimandabili, della presa d'atto della necessità di un'azione di riforma profonda. Per il Paese e l'Europa è un passaggio cruciale che vede innanzi tutto in campo le scelte geopolitiche e la coesione. Ires ritiene che per la nostra Regione si tratta di trovare e mantenere nel tempo il forte slancio e la coerenza necessari ad affrontare le sfide che l'attendono, alcune di queste da tempo.

Con riferimento alle sfide da affrontare in ambito sanitario, nella relazione Ires si legge come la sanità pubblica è per una Regione il principale servizio offerto ai cittadini, oltre che essere la voce

del proprio bilancio più consistente e ricorda inoltre come è e ad essere stata la cui si è più duramente combattuta la battaglia del contrasto alla pandemia, evidenziando alcune importanti carenze di fondo del sistema nella sua configurazione attuale. Secondo l'Istituto di ricerca le sfide riguardano, pertanto, l'affiancamento di due strategie: quella propriamente sanitaria centrata sul paziente e quella centrata sulla comunità e sul territorio, che comprenda la prevenzione estesa ad ambiti non sanitari e la stretta collaborazione tra welfare e sanità. La spesa pro-capite della Regione Piemonte per la sanità pubblica, negli ultimi anni, si è mantenuta costantemente più bassa rispetto alle altre grandi Regioni del Centro Nord. Nel 2020 il totale dei dipendenti del servizio sanitario pubblico piemontese per 1.000 abitanti era pari a 12,9, valore superiore alla media italiana uguale a 11,2 e in terza posizione dopo Toscana e Emilia Romagna. Al centro del futuro della sanità pubblica piemontese si colloca il completamento e l'irrobustimento della rete territoriale.

L'Ires continua affermando che Il PNRR costituisce la leva per superare le difficoltà di bilancio e strutturali degli ultimi anni, consentendo di accelerare il processo di costruzione di una diffusa rete sanitaria di prossimità. Entro il 2026 la Regione Piemonte dovrà realizzare 91 Case della Comunità, 43 Centrali Operative Territoriali e 30 Ospedali di Comunità. Tale processo potrà avvalersi della rete delle Case della Salute, avviata in forma sperimentale in Piemonte nel 2017, con 77 strutture attive nei 33 Distretti delle ASL piemontesi. Molte delle Case della Salute presenti hanno già le potenzialità per trasformarsi nelle Case della Comunità previste dal PNRR. Inoltre, una componente essenziale di questa nuova organizzazione riguarda l'investimento in Assistenza Domiciliare, che mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese al domicilio dei pazienti fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore a 65 anni.

Un altro fronte in cui si potrà intervenire grazie al PNRR è quello dell'innovazione tecnologica nel sistema sanitario. La pandemia ha costituito un fattore propulsivo al processo di digitalizzazione dei servizi per la salute, accelerandone lo sviluppo e la diffusione della telemedicina, quali monitoraggio e televisive, permettendo di testare a fondo soluzioni che potranno ridurre costi, impatto ambientale e migliorare il servizio soprattutto nei territori con bassa densità di popolazione. L'urgenza dell'ammodernamento del parco tecnologico della sanità pubblica è riconosciuta dal PNRR che prevede, come misura prioritaria, la sostituzione di grandi apparecchiature diagnostiche ad alto contenuto tecnologico obsolete.

L'Istituto di ricerca conclude il paragrafo sulla "salute" evidenziando che in Piemonte è stato rilevato un fabbisogno di sostituzione pari a 181 grandi apparecchiature per un costo di circa 79 milioni di euro e come il cronoprogramma ministeriale di attuazione del PNRR prevede che entro il 2024 le nuove apparecchiature siano operative. Infine, sempre grazie al PNRR sarà possibile intervenire sugli edifici per migliorare le condizioni di sicurezza rispetto al rischio sismico e l'efficienza energetica, anche consentendo rilevanti risparmi di gestione.

L'IRES Piemonte intitolando la sua **Relazione del 2023** "Comprendere per rispondere dalle Crisi la spinta verso un futuro sostenibile"⁴ mette in evidenza come in Piemonte, nel 2022, vi è stata una ripartenza economico sociale migliore delle aspettative, ma leggermente inferiore alla media Nazionale e a quella di Regioni come la Lombardia, il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana.

⁴Cfr. con: <https://www.ires.piemonte.it/relazione2023/RelazioneAnnuale2023.pdf>



Fonte: "Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (Ires) Piemonte"

L'Istituto di ricerca sottolinea infatti come il Piemonte è stata una delle Regioni con più alta mortalità da COVID-19 nel 2020, comportando una riduzione della **speranza di vita** alla nascita di un anno e mezzo rispetto al 2019, ma nonostante ciò dal 2021 lo shock è stato progressivamente assorbito, riportando la speranza di vita vicina al valore pre-pandemico (era pari a 82,9 anni nel 2019 ed è di 82,5 anni nel 2022). L'Ires evidenzia ancora come la speranza di vita in buona salute alla nascita dei piemontesi ha mantenuto nel 2021 e 2022 il picco raggiunto nel 2020, con un recupero di 2 anni di vita attesa in buona salute. Tuttavia, con l'invecchiamento della popolazione aumentano le persone che soffrono di patologie croniche (il 40,1%). Sul fronte del **benessere mentale**, l'Istituto di ricerche economiche e sociali fa risaltare come in Piemonte nel 2022 l'indice specifico, pari a 68,5, è tornato ai livelli del 2019. I giovani tra 14 e 24 anni hanno mostrato il deterioramento più marcato in termini di benessere psicologico, soprattutto le ragazze per le quali nel 2022 vi è stato un netto aumento dei ricoveri per problematiche psichiatriche. L'Ires afferma inoltre che, nel 2022, lo **stile di vita della popolazione** e fra la popolazione adulta è aumentata l'incidenza di persone con comportamenti sedentari (29,5%) o con eccesso di peso (42,4%); mentre un cauto miglioramento si rileva rispetto all'abitudine al fumo e si mantiene costante il consumo a rischio di bevande alcoliche (18,1% delle persone). Si confermano gli stili di vita più salutari per le donne tranne per i livelli di sedentarietà. Fra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni, circa un quinto negli ultimi 12 mesi ha consumato almeno una sostanza psicoattiva illegale. Inoltre, l'istituto di ricerca evidenzia inoltre come è confermata la maggior diffusione tra le ragazze del consumo (abuso) di psicofarmaci (12,7%), il triplo rispetto ai coetanei maschi.

Sul fronte della **spesa sanitaria pubblica**, come sopra accennato, l'Ires sottolinea come il Piemonte pur avendo assunto comportamenti "parsimoniosi" e considerando che è caratterizzato da una delle popolazioni più anziane è stata una delle Regioni medio grandi del

Centro Nord in Piano di rientro negli anni 2010-2017, allineata ai valori medi nazionali che è meno cresciuta nel periodo 2010-2021. L'Istituto di ricerca evidenzia ancora come legando la spesa sanitaria pubblica all'organizzazione del SSR, si dà evidenza di innovazioni che, puntando all'appropriatezza dei servizi, possono avere permesso una contrazione della spesa. Nell'ambito del **PNRR** alla fine del 2022 la Regione Piemonte ha recepito il DM 77 e la DCR 257 rappresenta il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale nelle ASL, contenente indirizzi programmatori, strategie e azioni prioritarie di intervento. Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali sono adeguate agli standard in rapporto alla popolazione, mentre il numero degli Ospedali di Comunità va considerato contestualmente alla presenza di posti letto per la Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS), simili per finalità assistenziali, destinatari e prestazioni erogate. Con riferimento ai servizi di prossimità, l'Ires fa risaltare come nei Distretti delle ASL è attiva una molteplicità di servizi cresciuti negli anni ma è da rafforzare la loro interazione in rete. In prospettiva si prevede che le Centrali Operative Territoriali (COT), modello organizzativo con funzione di coordinamento e raccordo tra servizi e professionisti nella presa in carico delle persone, la cui attuazione è prevista dal PNRR, possano raccogliere i bisogni espressi ai diversi nodi della rete territoriale, ospedaliera e socio sanitaria. L'attivazione delle COT è partita in Piemonte a fine 2022, quando ne risultavano attive 4. Considerati i **fabbisogni formativi dei Professionisti Sanitari** nella relazione l'Ires ha ritenuto opportuno anche evidenziare come per l'anno accademico 2022/23 la Regione Piemonte ha incrementato il fabbisogno richiesto per gli infermieri (275 posti in più nel corso di laurea), seguiti dai medici (50 posti in più nel corso di laurea magistrale). I posti per i corsi di laurea in ambito sanitario a numero programmato assegnati agli atenei piemontesi dal MIUR coprono il 77% di quelli richiesti dalla Regione. Nel 2022 i contratti di formazione specialistica hanno ampiamente consentito a tutti i laureati dell'anno accademico 2021/2022 di accedere ad uno dei corsi, fenomeno che si rileva dall'a.a. 2018/19. Infine, l'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali mette in evidenza i nuovi modelli organizzativi messi in campo nella nostra Regione per accompagnare la trasformazione e la rigenerazione del SSR. Infatti, nel 2022 è stata costituita **l'Azienda Zero piemontese**, che a parere dell'Ires, fa propri e rende coerenti i percorsi attuativi che hanno nella scala regionale una ragione di efficacia e di efficienza. Con il monitoraggio e l'analisi dei percorsi attuativi in capo alle singole Aziende Sanitarie, restituisce all'Assessorato di competenza argomenti per il governo della Sanità rispetto alle evoluzioni già indirizzate o programmate.

PIEMONTE ECONOMICO SOCIALE 2023

IRES
PIEMONTE

La salute dei piemontesi

SALUTE FISICA

40% almeno una patologia cronica
più del **19%** almeno due patologie croniche

STILI DI VITA

— abitudine al fumo (19,9%)
+ comportamenti sedentari (29,5%) eccesso di peso (42,4%)

SALUTE MENTALE

recupero generale (68,5) peggioramento nei giovani



Fonte: "Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (Ires) Piemonte"

L'IRES Piemonte nella sua **Relazione 2024**, intitolata "Società, Persone", ha sottolineato come in un **quadro internazionale** a dir poco **incerto e rischioso**, l'andamento del Piemonte nel 2023 dal punto di vista economico e occupazionale si può giudicare positivamente. Le previsioni per i prossimi anni sono relativamente buone, anche se le regioni comparabili mostrano tendenze un po' migliori. Inoltre, prosegue affermando che il posizionamento della nostra Regione e in termini di sviluppo sostenibile, sulla base delle analisi effettuate dall'Istituto, vede il Piemonte al 5° posto tra le regioni italiane, prima tra le grandi del Centro Nord e come la generosa stagione di intervento pubblico da poco avviata e che proseguirà per alcuni anni, offre l'opportunità di intervenire su numerosi nodi strutturali della Regione. L'IRES aggiunge che siccome "stanno emergendo la ridondanza di formule di intervento ed i limiti delle amministrazioni locali depauperate da un lungo ciclo di tagli e da riforme non sempre coerenti" sia, pertanto, in questo quadro particolarmente **necessaria la regia regionale** per dare coerenza al tutto e per sostenere il **dialogo con il territorio**. Infine, osservando i dati del mercato del lavoro, e considerando le dinamiche demografiche attuali e future, l'IRES Piemonte sottolinea l'urgenza di prestare **particolare attenzione al nodo dell'inclusione sociale** e della **valorizzazione di tutte le persone**, la cui azione individuale è necessaria per costruire una **società equa** e prospera ma che, al tempo stesso, richiede politiche e strumenti che creino opportunità e sostengano chi è in difficoltà. Questa la ragione del titolo "Società, Persone" assegnato quest'anno alla Relazione. Il paradigma di riferimento per affrontare queste sfide è quello dello sviluppo sostenibile, che richiede un'**azione coordinata** su più fronti.

Con riferimento allo stato di salute dei piemontesi, dalla Relazione dell'IRES, emerge che questa è nel complesso buona e mostra segnali di miglioramento dopo lo shock del Covid. Tuttavia, l'Istituto IRES, mette nuovamente in evidenza come, in questi ultimi anni, emerge sempre di più l'aspetto della **fragilità dei giovani** dal punto di vista **della salute mentale**, segnale che deve

essere attentamente considerato. “La fragilità, dei giovani, degli anziani, delle persone che faticano a partecipare attivamente alla vita della comunità e al progresso della società è, in generale, un tema al quale porre massima attenzione per le ricadute che ha nella dimensione socio-assistenziale, complementare a quella strettamente sanitaria nel perseguimento dell’obiettivo di benessere”. Inoltre, l’istituto di ricerca sottolinea che è da tempo evidente che **l’evoluzione demografica richiede un riassetto del sistema sanitario**, per affrontare i bisogni della popolazione e, al tempo stesso, garantirne l’equilibrio finanziario e organizzativo. “É un equilibrio da ricercare valorizzando la trasversalità della sanità e quindi, a monte, la potenzialità di rinnovate reti istituzionali, nelle quali anche l’interesse privato venga ricondotto a quello pubblico grazie ad un governo della sanità in grado di essere interprete delle esigenze dei territori. Senza trascurare alcuni aspetti immediati come il **problema delle liste d’attesa**, il contesto impone soprattutto di guardare la tutela della salute attraverso i **paradigmi della prevenzione e della promozione della salute** in tutti gli ambiti e le fasi della vita della popolazione”. L’IRES, ribadendo che la **prevenzione** si attua **a livello locale** anche con la **rete di prossimità prevista dal PNRR** e sottolinea come le Aziende Sanitarie, per portare servizi e prestazioni vicine ai luoghi di vita delle persone, in collaborazione con le strutture territoriali ed amministrative di competenza, sono impegnate nella messa a punto e nell’attuazione di modelli e buone pratiche innovativi, rimodulando le risorse a disposizione – di personale, economiche, tecnologiche - per offrire risposte alle comunità.

1.5.4.2 Le osservazioni sulla qualità dei servizi pubblici sulla base dell’indice “European Quality of Government Index (EQI)”

Secondo uno studio sulla qualità delle istituzioni, secondo il quale il contenimento della Corruzione è considerata uno dei pilastri, condotto su incarico della Commissione Europea dal Quality of Government Institute dell’Università di Göteborg nel 2010 **il Piemonte si collocava al di sopra della media nazionale e della stessa media regionale europea**. Lo European Quality of Government Index (EQI) è l’unica misura della qualità delle Istituzioni disponibile su scala regionale all’interno dei Paesi membri dell’Unione Europea. I dati sono stati raccolti e pubblicati per la prima volta nel 2010 e poi ripetuti nel 2013, nel 2017 e nel 2021. Lo studio dell’EQI rileva la percezione e le esperienze del cittadino comune per quanto concerne la corruzione e la misura in cui valuta come imparziali e di buona qualità i servizi pubblici nella propria Regione di residenza, basandosi su 16 indicatori di qualità delle istituzioni (QoG), a sua volta disaggregata in quattro categorie, **la corruzione, il rispetto del diritto, la performance della pubblica amministrazione, il grado di responsabilità**, e poi sintetizzata in un unico indice nazionale e regionale. Il **sondaggio regionale** si concentra su tre settori della Pubblica Amministrazione, generalmente finanziati o amministrati dalle Regioni, quali **istruzione, sanità e polizia**, rispetto ai quali agli intervistati è domandato di esprimere una valutazione in termini di qualità, imparzialità e livello di corruzione.

La metodologia assicura un’elevata correlazione degli indicatori di QoG con una serie di variabili socio-economiche quali il Pil pro capite, il capitale sociale, la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi che aggiunge validità esterna agli stessi. Garantisce inoltre per gli indicatori di QoG a livello nazionale confronti affidabili e significativi con i Worldwide Governance Indicators (WGI), utilizzati dalla Banca Mondiale, fra questi ultimi, ricorrendo quelli relativi a “voce e

responsabilità” (in inglese voice & accountability), efficacia del governo, rispetto della legge e controllo della corruzione.

Sono pertanto ora disponibili quattro edizioni dell'indice e mostrano un miglioramento o un calo nel tempo. La conclusione centrale di questa pubblicazione **dell'EQI 2021** è in un certo senso molto simile alle edizioni precedenti: quando si tratta della qualità del Governo, sembra importare tanto in quale Regione quanto in quale Paese si vive. I risultati dell'EQI mostrano una continuità generale, con molte Regioni con prestazioni alte o basse che ottengono punteggi simili in tutte le edizioni dell'indice. Tuttavia si possono notare alcuni cambiamenti importanti, come notevoli cali in diverse regioni della Polonia e dell'Ungheria e aumenti significativi nelle regioni della Slovenia e della Lettonia.

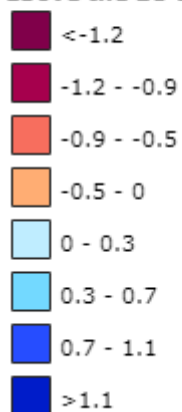
INDICE EUROPEO DELLA QUALITA' DI GOVERNO (EQI) su scala 0 - 100	
REGIONI/PROVINCE AUTONOME EQI 2013	
Trento	68,04
Bolzano	67,34
Valle d'Aosta	60,88
Friuli Venezia Giulia	55,74
Veneto	45,46
Emilia Romagna	44,88
Umbria	39,77
Toscana	39,07
Marche	39,03
Lombardia	38,91
Piemonte	36,28
Liguria	33,28
ITALIA	31,77
Abruzzo	28,71
Sardegna	24,84
Basilicata	22,72
Lazio	21,08
Sicilia	19,67
Puglia	19,38
Molise	18,34
Calabria	17,85
Campania	7,65

INDICE EUROPEO DELLA QUALITA' DI GOVERNO (EQI) su scala 0 - 100	
PAESI AREA EURO EQI 2017	
Finlandia	80,5
Paesi Bassi	75,6
Lussemburgo	75,5
Germania	71,4
Irlanda	67,7
Austria	66,9
Belgio	62,8
Francia	58,3
Estonia	54,4
Portogallo	50,1
Malta	47,7
Cipro	47
Lituania	43,6
Slovenia	43
Spagna	42,2
Lettonia	38,2
Slovacchia	31,7
ITALIA	24,7
Grecia	19,1

Piemonte	23,4
-----------------	-------------

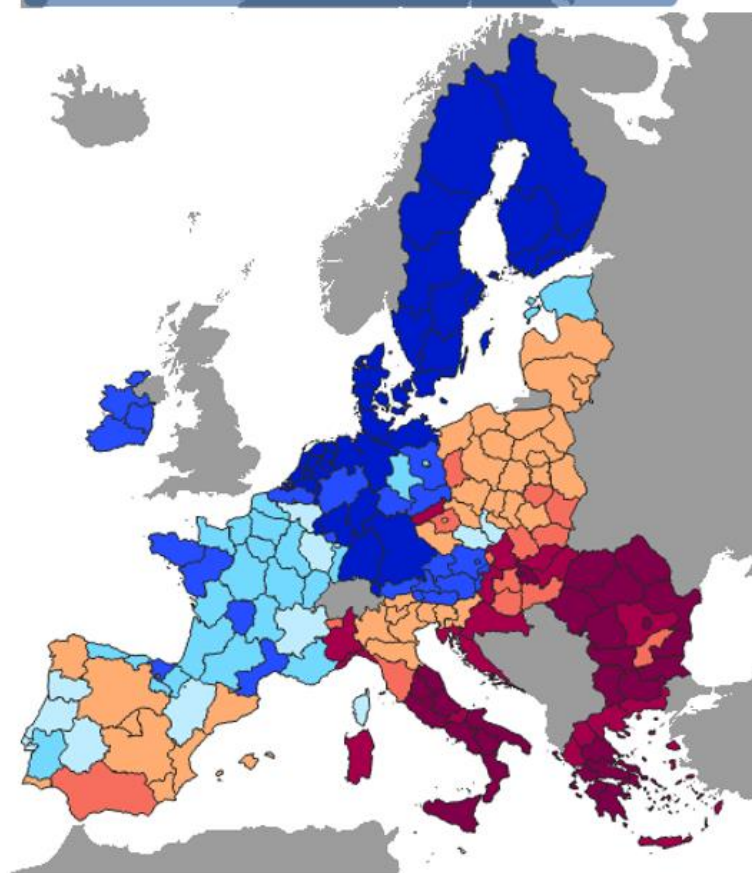
Fonte: elaborazione MondoPA su dati del Quality of Government Institute

EU average is 0;
negative values are
below the EU average;
positive values are
above the EU average



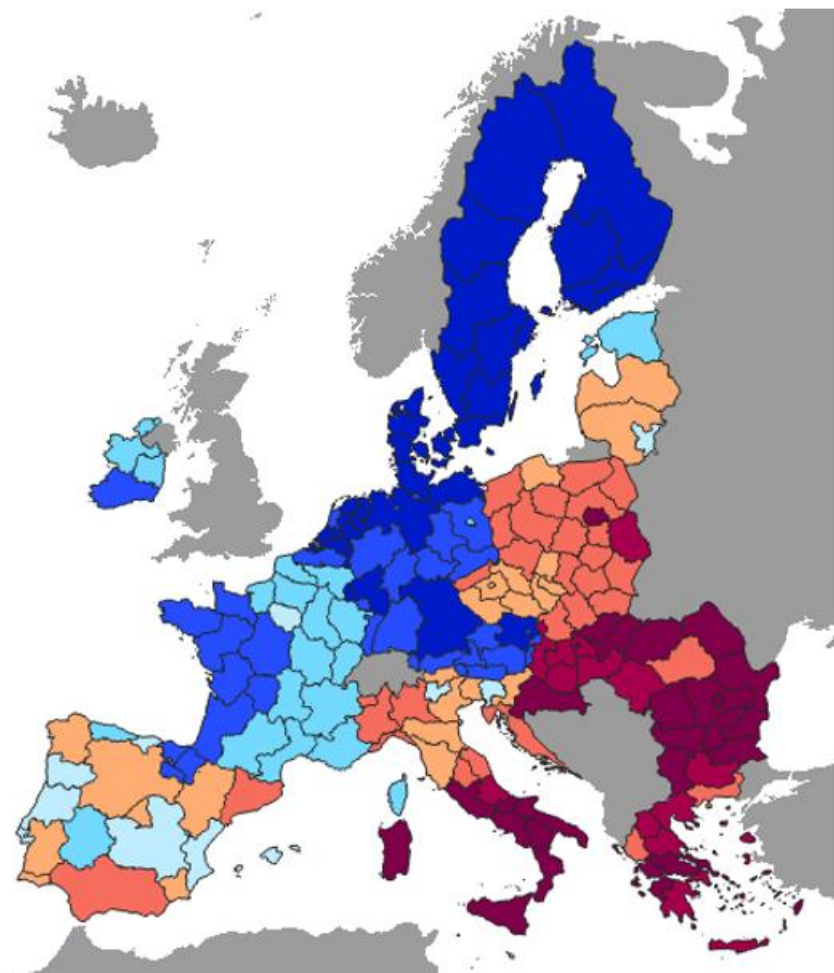
European quality of government index

Quality of government index - 2017



European quality of government index

Quality of government index - 2021



Fonte: https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/maps/quality_of_governance/

Nel 2021 si evidenzia un lieve miglioramento rispetto al 2017, sia a livello nazionale che per il Piemonte.

1.5.5 Focus sul Sistema Sanitario Regionale

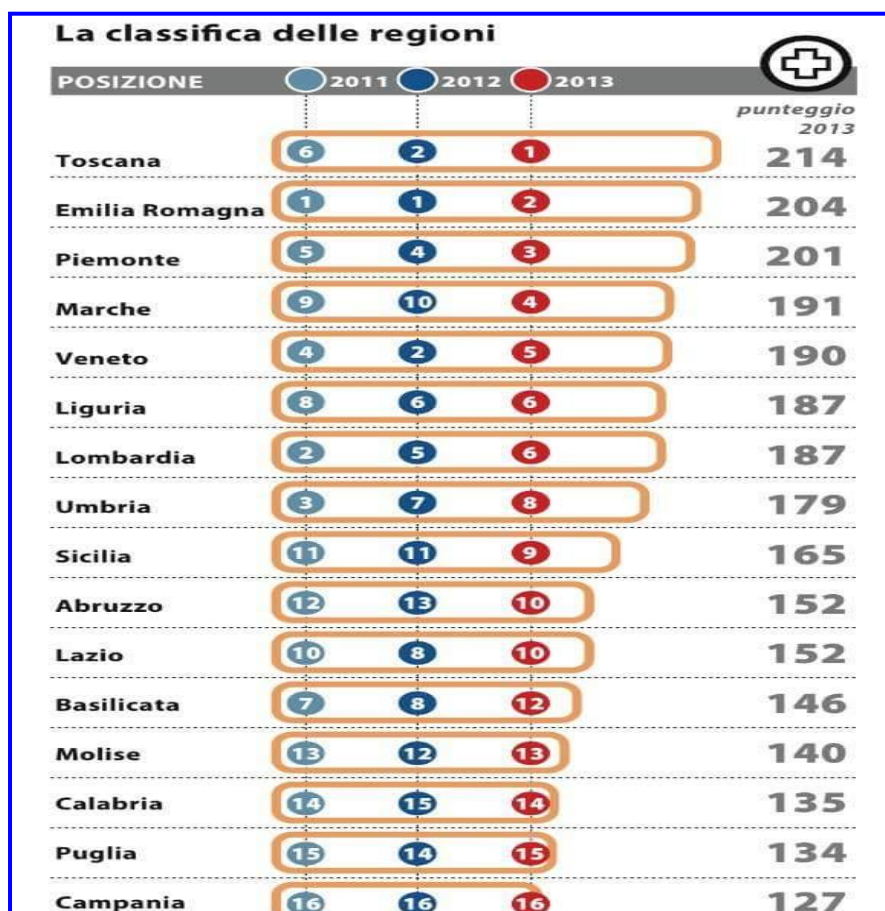
I Lea (Livelli essenziali di assistenza) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale deve garantire a tutti i cittadini. Il livello dei LEA rappresenta un indicatore di appropriatezza ed efficienza che viene monitorato da un Comitato permanente istituito presso il Ministero della Salute.

A partire dal 1° gennaio 2020 è entrato in vigore il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, come previsto dal Decreto Ministeriale 12 marzo 2019. Il sottoinsieme di **Indicatori "core"**, previsto dal NSG, **sostituisce la Griglia LEA** a partire dall'anno

di valutazione 2020. Il NSG è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di accertare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza, che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei LEA, rappresentando una svolta significativa nei monitoraggi dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. I nuovi indicatori individuati sono 88: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica; 33 per l'assistenza distrettuale; 24 per l'assistenza ospedaliera; 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario; 1 di equità sociale e 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali – PDTA.

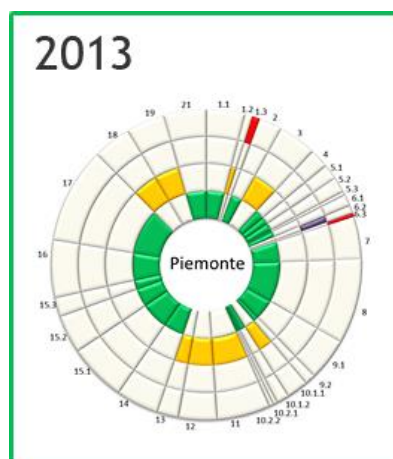
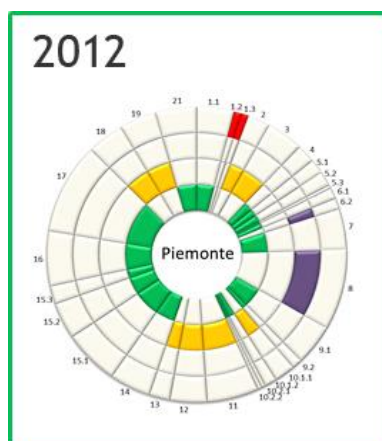
In precedenza, ogni anno il Comitato predisponere un questionario per la valutazione del raggiungimento degli adempimenti, la citata **Griglia Lea**, basata su, raggruppati in tre grandi aree: **assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera**; ognuno dei 31 indicatori forniva in una valutazione da -1 al punteggio massimo di 9.

Nel triennio 2011-2013 il Piemonte aveva migliorato notevolmente la qualità dei LEA, passando dalla quinta posizione del 2011 alla terza del 2013.



Fonte: Elaborazione Ministero della Salute

Il dettaglio del monitoraggio dei LEA del Piemonte poneva in evidenza nel 2013 un significativo incremento dei punti di forza (colore verde) e una contestuale riduzione delle criticità (giallo, viola, rosso).



Fonte: Ministero della Salute - Monitoraggio griglia LEA 2012-2013

I "Rosoni" si compongono di 32 settori circolari di ampiezza pari al peso del singolo **indicatore** e quattro anelli concentrici per quante sono le classi delle soglie di valutazione, esclusa quella relativa al dato mancante, errato o carente. Per ogni settore, la posizione e il colore dell'etichetta consentono di individuare facilmente **punti di forza** (colore verde) e livelli crescenti di **criticità** (dal giallo, al viola al rosso).

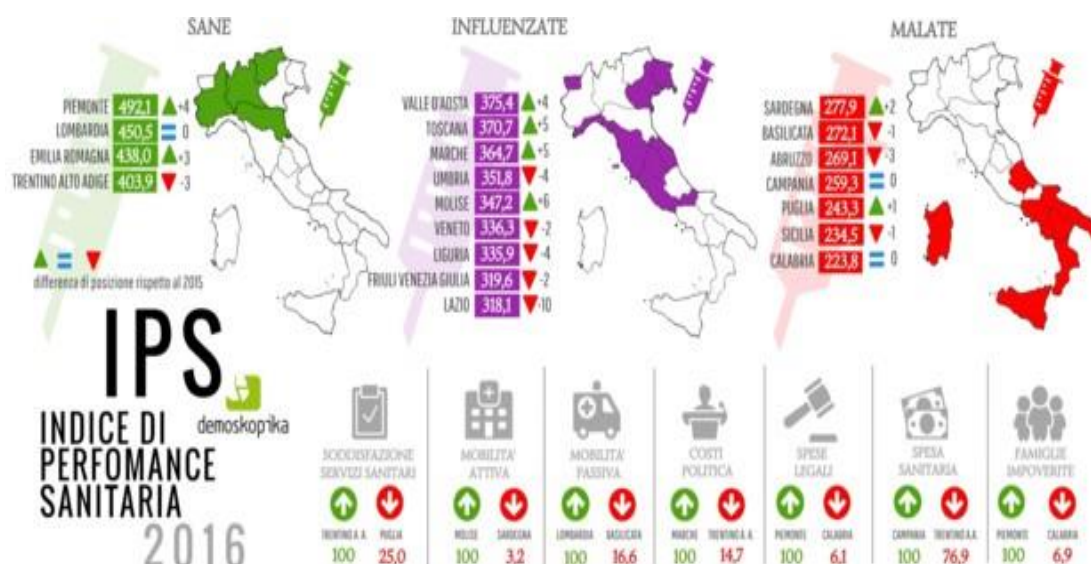
La buona posizione raggiunta dal Piemonte nella classifica dei LEA del 2013 era stata confermata nel 2014.



Nel 2015, il Piemonte, da tempo fra le Regioni leader in Italia sul fronte della sanità, saliva ancora nel punteggio della Griglia Lea, raggiungendo 205 sul massimo possibile di 225 e collocandosi al 2° posto nella classifica guidata dalla Regione Toscana.

Punteggi regionali Griglia LEA: Trend 2012-2015 Regione	2012	2013	2014	2015
Toscana	193	214	217	212
Emilia R.	210	204	204	205
Piemonte	186	201	200	205
Veneto	193	190	189	202
Lombardia	184	187	193	196
Liguria	176	187	194	194
Marche	165	191	192	190
Umbria	171	179	190	189
Abruzzo	145	152	163	182
Lazio	167	152	168	176
Basilicata	169	146	177	170
Molise	146	140	159	156
Puglia	140	134	162	155
Sicilia	157	165	170	153
Calabria	133	136	137	147
Campania	117	136	139	106
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160

In base all'IPS, l'Indice di Performance Sanitaria realizzato, per il secondo anno consecutivo, dall'Istituto Demoskopika, nel 2016 era il Piemonte la Regione che aveva fatto registrare la miglior performance, strappando il primato al Trentino Alto Adige che lo deteneva nel 2015.



Questo dato si rivela particolarmente significativo se posto in correlazione con i livelli decrescenti della spesa sanitaria pubblica registrati a decorrere dal 2010.

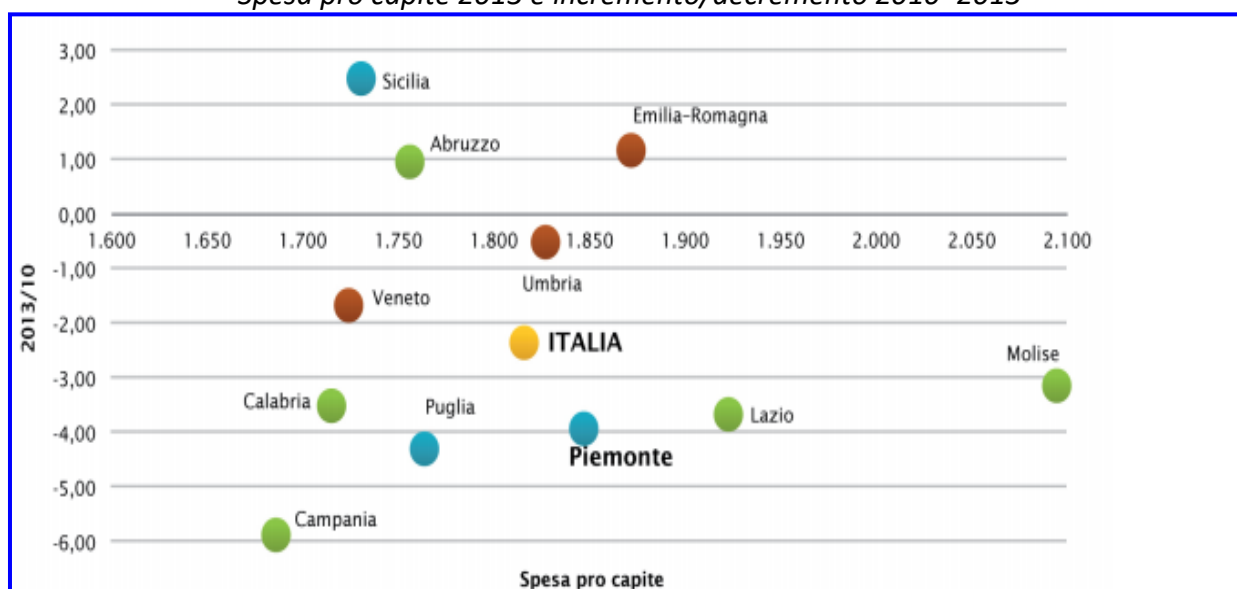
Nel 2013 la spesa sanitaria pubblica pro-capite era infatti risultata pari a € 1.816, nettamente inferiore a quella di altri Paesi con sistema sanitario assimilabile al nostro: tale valore del 2013

era il risultato di un trend in diminuzione della spesa sanitaria nazionale che si riduce del 2,36% fra il 2010 e il 2013 con un tasso medio annuo composto di -0,79% (Fonte: *Rapporto Osservasalute 2014*).

Nel 2014 il cambio di tendenza a livello nazionale con la crescita della spesa sanitaria dello 0,89% rispetto al 2013, come evidenziò la relazione delle Corte dei Conti⁷, *mantenne la spesa complessiva al disotto del tasso di variazione del Pil nominale*; proseguiva invece il trend in diminuzione dei disavanzi regionali.

Il Piemonte, allineato ai valori medi nazionali per quanto riguardava la spesa pro-capite, aveva fatto registrare un decremento nella spesa sanitaria, nell'ultimo quadriennio, tra i più consistenti, pari al 4%.

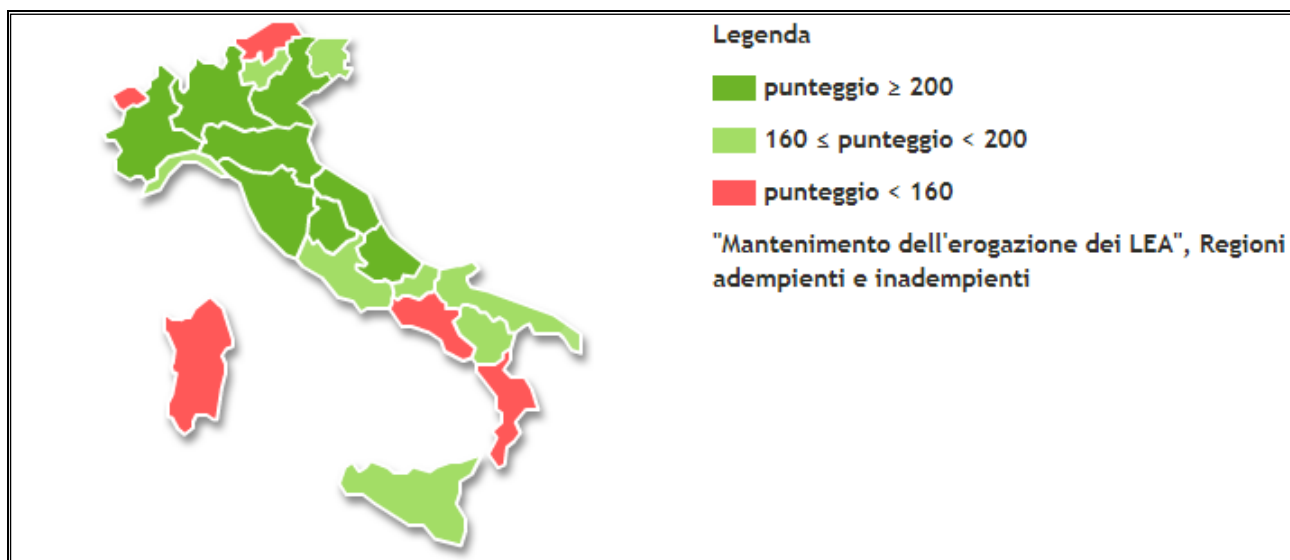
Spesa pro capite 2013 e incremento/decremento 2010–2013



Fonte: elaborazioni Ires su dati Ministero della Salute.

La riduzione dei costi superiore alla media nazionale, accompagnata dal miglioramento della qualità e dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni, dimostrava che il Sistema Sanitario Piemontese aveva imboccato un percorso virtuoso con l'indiretto effetto di erodere spazi all'illegalità e alla corruzione, stante la relazione inversa esistente tra livello di efficienza e livello di corruzione in senso ampio. Nell'anno 2016 il Piemonte era al terzo posto; dal monitoraggio relativo al 2017 pubblicato dal Ministero della Salute, sul proprio portale, che analizzava gli indicatori che verificavano la qualità dell'attività di prevenzione, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera, il Piemonte risultava al **primo posto in Italia per la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria**. Decisivi per il raggiungimento di questo primato erano stati i **miglioramenti ottenuti nella copertura vaccinale pediatrica, in particolare contro il morbillo, e nell'assistenza ai malati terminali**; la testa per la prima volta della graduatoria tra le Regioni era stata raggiunta con il punteggio record di 221, davanti a Veneto ed Emilia Romagna (218 punti), Toscana (216) e Lombardia (212).

⁷Corte dei Conti "sezioni riunite in sede di controllo" – Rapporto 2015 sul coordinamento della Finanza Pubblica, maggio 2015.



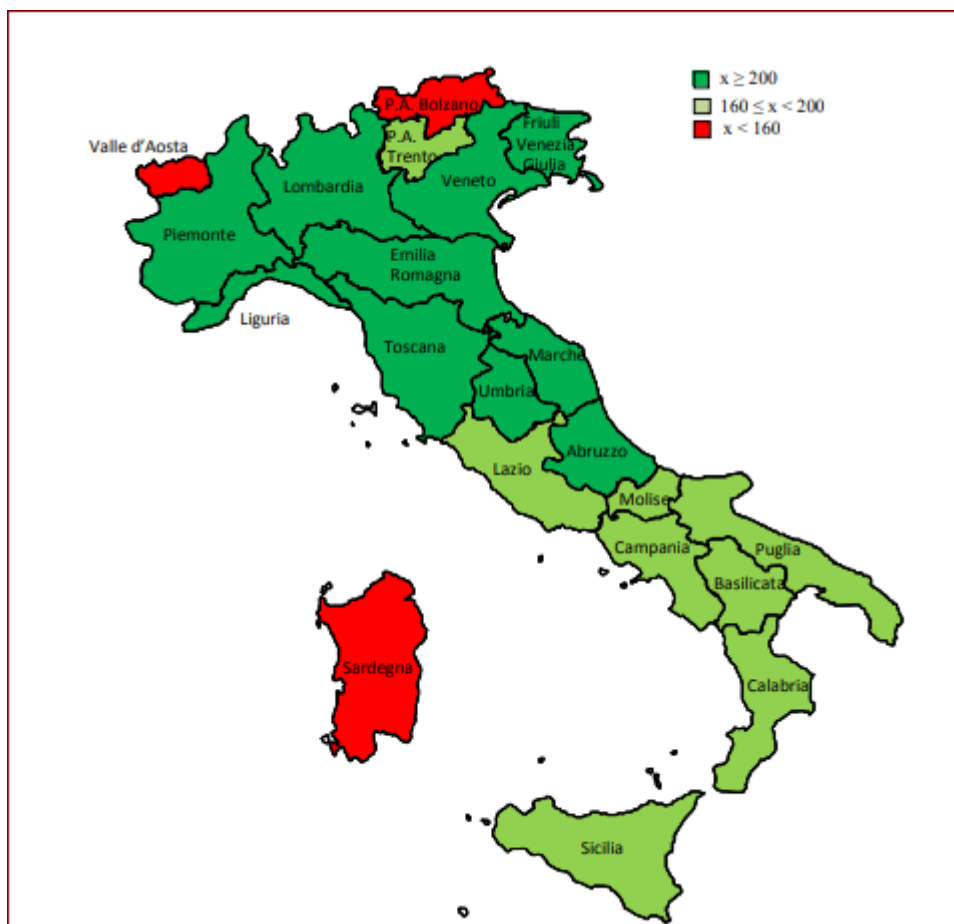
Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio 6

Dalla verifica effettuata, dal Comitato LEA, sull'appropriatezza e sull'efficienza nell'utilizzo delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con riferimento all'anno 2018 è emerso come il Piemonte continua ad essere tra le Regioni valutate positivamente, anche se rispetto al 2017 perde 3 punti passando da 221 a 218, scendendo così alla 4^a posizione dopo la Toscana con 220 punti, l'Emilia Romagna con 221 punti e il Veneto che ha raggiunto ben 222 punti.

Valutazione	Regione	Punteggio 2018
Adempiente	Veneto	222
	Emilia Romagna	221
	Toscana	220
	Piemonte	218
	Lombardia	215
	Liguria	211
	Umbria	210
	Abruzzo	209
	Marche	206
	Basilicata	191
	Lazio	190
	Puglia	189
	Molise	180
	Sicilia	171
	Campania	170
	Calabria	162

Fonte: Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio VI

Nel 2018 sono valutate positivamente oltre che il Piemonte, il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana anche: Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, e Umbria. Si collocano invece con un punteggio compreso tra 200 e 160, che è il minimo livello accettabile: Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia.



Fonte: Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio VI

Regione	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Veneto	222	218	209	202	189	190	193
Emilia R.	221	218	205	205	204	204	210
Toscana	220	216	208	212	217	214	193
Piemonte	218	221	207	205	200	201	186
Lombardia	215	212	198	196	193	187	184
Liguria	211	195	196	194	194	187	176
Umbria	210	208	199	189	190	179	171
Abruzzo	209	202	189	182	163	152	145
Marche	206	201	192	190	192	191	168
Friuli Venezia Giulia*	206	193					
Basilicata	191	189	173	170	177	146	169
Lazio	190	180	179	176	168	152	167
Puglia	189	179	169	155	162	134	140
P.A. Trento*	185	185					
Molise	180	167	164	156	159	140	146
Sicilia	171	160	163	153	170	165	157
Campania	170	153	124	106	139	136	117
Calabria	162	136	144	147	137	136	133
Valle d'Aosta*	159	149					
Sardegna*	145	140					
P.A. Bolzano*	142	120					

*Regioni non sottoposte alla Verifica adempimenti

Le prestazioni LEA nel 2020-2021

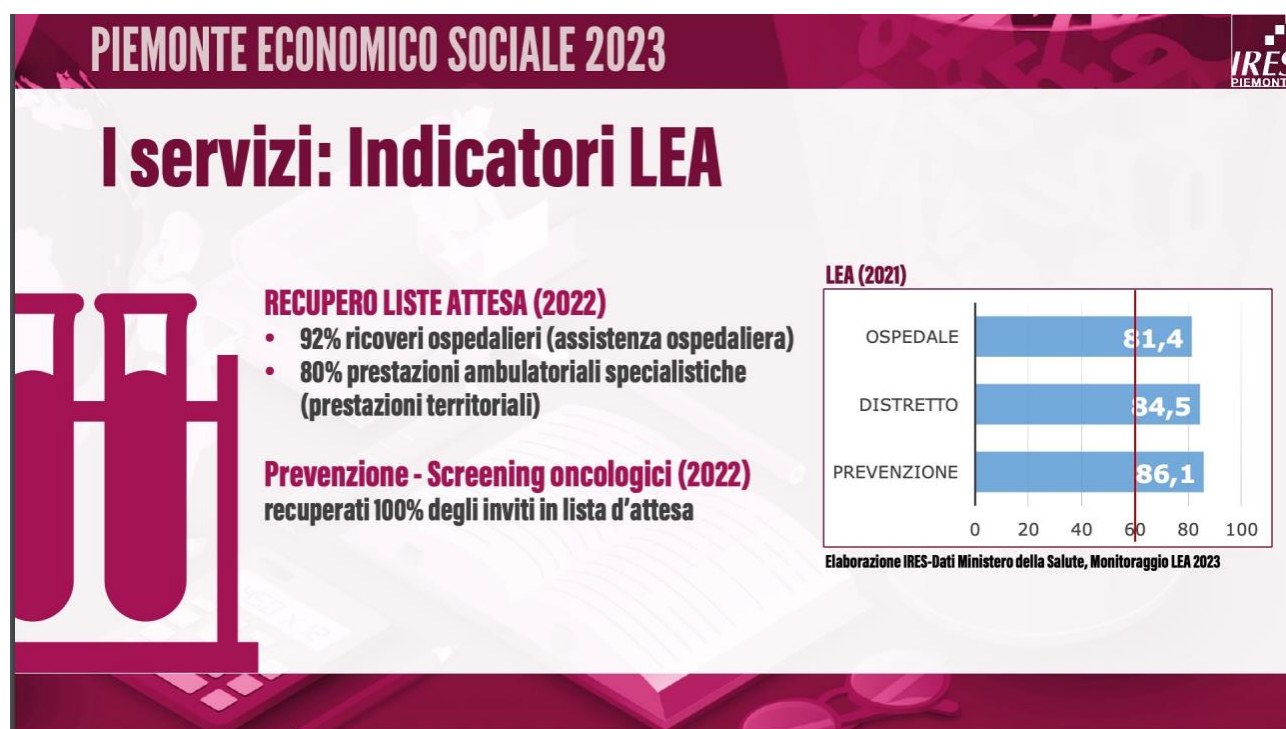
- Non si dispone ancora di verifiche sull'applicazione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che come detto, entrò in vigore il 1° gennaio 2020, quindi poche settimane prima della proclamazione dello Stato di emergenza per la pandemia da "Corona Virus", che rapidamente influì sulle prestazioni ordinarie sia in regime di ricovero che ambulatoriali e diagnostiche, anche nella formula della Libera Professione, sospendendo a più riprese disposizioni della Regione tutto quanto non riguardasse casi urgenti essendo stati i servizi ospedalieri riconvertiti nella lotta al "CoViD", e le attività territoriali e di prevenzione dedicate all'assistenza domiciliare delle persone affette dal Virus e nel tracciamento dei casi. Questa riconversione ha prodotto una forte compressione delle prestazioni, cui si è cercato di porre rimedio nell'ultimo trimestre 2021. Nel complesso, comunque, come dimostrano le Relazioni Socio Sanitarie sul 2020 e sul 2021, pubblicate sul sito dell'Azienda, già trasmesse alla Regione, nei tempi e nei modi previste dalle specifiche procedure regionali, previo parere favorevole del Collegio di Direzione, del Consiglio dei Sanitari e della Rappresentanza dei Sindaci, le Direzioni Generali della CN1 hanno

realizzato gli Obiettivi fissati dalle DD.GG.RR. del 2020 e del 2021 in tema:

- alla “lotta al Corona Virus” con la realizzazione della rete dei Centri Vaccinali e l’assicurazione dei “Drive in” per i Tamponi e l’attivazione dei Laboratori per le analisi conseguenti; con il potenziamento permanente dei Reparti di Terapia Intensiva e Semi Intensiva degli Ospedali di Saluzzo, Savigliano e Mondovì;
- al potenziamento dell’assistenza territoriale ed alla sua integrazione con quella ospedaliera; alla definizione nel 2021 la rete degli Ospedali di Comunità, delle Case della Salute e dei Centri Operativi Territoriali, introdotti dal PNRR;
- al recupero delle prestazioni sia di ricovero che diagnostiche e ambulatoriali, anche finanziate con fondi regionali appositi, soprattutto nel II Semestre 2021.

Di rilievo fra le attività della prevenzione della Corruzione, intesa in senso lato come lotta alla “mala amministrazione”, si segnala il conseguimento dell'obiettivo preliminare del rispetto dei “Tempi di pagamento dei fornitori”, calcolati su base trimestrale e su base annuale, pubblicati con tale cadenza sul Sito aziendale, elaborati secondo le modalità previste dall'art. 9 DPCM 22/09/2014. Lo standard è rispettato dall’emissione del D.L. 35/2013 ed è Obiettivo preliminare dei Direttori Generali per il riconoscimento dell’incentivo economico annuale dal 2019, ex Legge 145/2018.

Le prestazioni LEA nel 2022



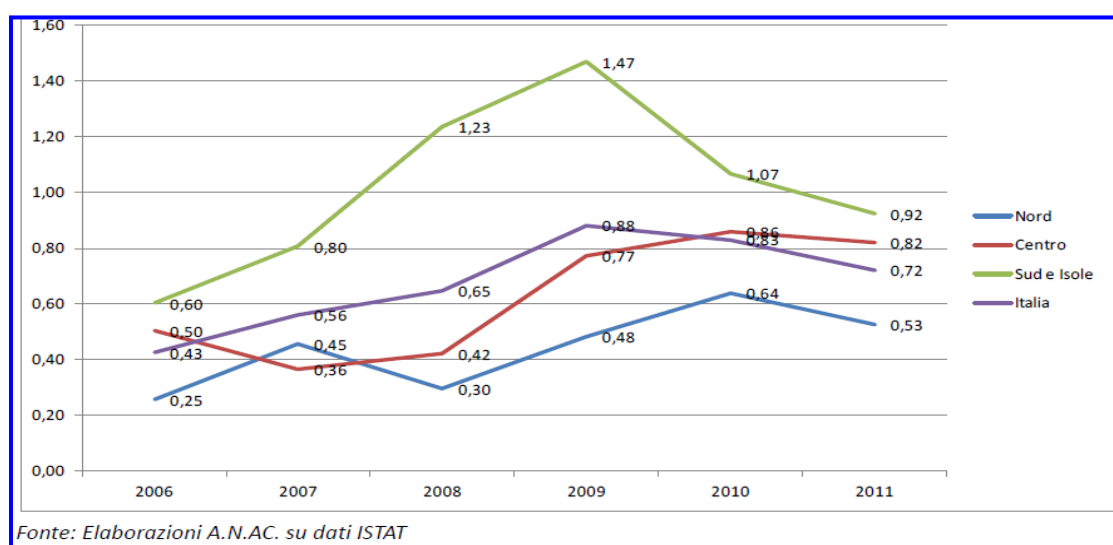
1.5.6 Le statistiche giudiziarie e la delittuosità

Come evidenziato dall’ANAC nel documento “Corruzione sommersa e corruzione emersa in Italia: modalità di misurazione e prime evidenze empiriche”, le statistiche giudiziarie possono dare un contributo informativo importante, data la loro natura oggettiva e il grado di disaggregazione per

tipologia di reati, aree territoriali e settori dell'amministrazione, pur con i limiti riconnessi alla circostanza che i dati relativi alle denunce non riflettono l'effettiva consistenza del fenomeno corruttivo reale ma solo la sua componente emersa, scontando, quindi, lo scarto tra criminalità reale e criminalità registrata nelle statistiche ufficiali.

Per l'analisi si è, quindi, fatto riferimento agli studi effettuati dal Saet (Servizio Anticorruzione e Trasparenza) e alle ulteriori elaborazioni dell'ANAC relative ai soli reati di corruzione e concussione risultanti dalle denunce e sentenze rispettivamente presentate e pronunciate nel periodo 2006-2011, che hanno evidenziato una sostanziale differenza nella distribuzione del fenomeno della corruzione nelle varie aree geografiche.

Reati di corruzione per i quali era stata avviata azione penale per ripartizione geografica (2006-2011) (valori per 100.000 abitanti).



Di particolare interesse si rivelava l'analisi quali-quantitativa condotta dall'ANAC delle sentenze pronunciate dalla Corte dei Conti nel periodo 2001-2012 per i reati di concussione (317 c.p.), corruzione per un atto d'ufficio (318 c.p.), corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (319 c.p.), corruzione in atti giudiziari (319 ter c.p.), corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (320 c.p.) e istigazione alla corruzione (322 c.p.).

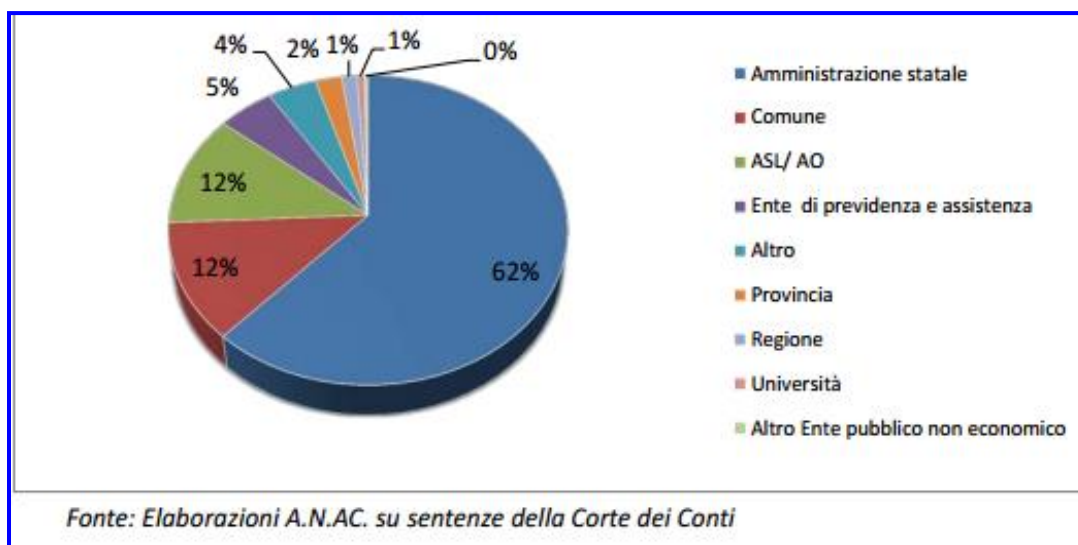
La dinamica delle sentenze nell'intervallo temporale considerato mostrava un andamento oscillante, particolarmente accentuato per i reati di corruzione, attestandosi su livelli tendenzialmente crescenti per entrambe le tipologie di reati (salvo nel 2012). Le sentenze di corruzione avevano raggiunto il picco di 23 nel 2004, 19 nel 2008 e 26 nel 2012, a fronte di valori più contenuti per quelle di concussione, rispettivamente di 8, 5 e 14. Inoltre, mentre nel triennio 2010-2012 le pronunce per corruzione erano aumentate di più del doppio, quelle per concussione erano diminuite da 21 a 14.

Più della metà delle sentenze di condanna nel periodo di riferimento erano state pronunciate per episodi di corruzione e concussione avvenuti nelle Regioni del Nord (59%) di cui oltre la metà nella sola Lombardia (33%); risultavano invece equamente distribuite le pronunce nelle Regioni del Centro (20%), di cui oltre la metà nel Lazio (12%), e nella macro-area del Sud e Isole.

Questa evidenza non è di immediata interpretazione. Da un lato, porterebbe a ritenere che le aree geografiche in cui si manifestavano più frequentemente episodi di concussione e corruzione siano quelle del Nord, dall'altro, potrebbe indicare differenze nel perseguimento dei casi di corruzione e concussione.

Declinando le evidenze dell'analisi per tipologia di amministrazioni, si evince che oltre la metà delle condanne per reati di corruzione e concussione avevano riguardato dipendenti di amministrazioni statali (62%), mentre nelle ASL e Aziende Ospedaliere il fenomeno appariva più contenuto (12%).

Composizione percentuale delle sentenze con esito di condanna al risarcimento del danno per comparto 2001-2012



Sentenze per tipologia prevalente dei soggetti citati in giudizio per ruolo e comparto dell'amministrazione in causa (2001-2012)

Comparto	Consulenti/ Prestatori d'opera	Dirigenti/ Ufficiali	Funzionari/ Quadri/ Sottoufficiali	Impiegati/ Tecnici/ Operatori	Livello politico	TOTALE
Amministrazione statale		60	64	65		189
Università		3				3
Regione			5		1	6
Provincia		2	3	1		6
Ente di previdenza e assistenza		9	3	3		15
Comune		7	6	6	17	36
ASL/ AO		7	6	20		33
Altro Ente pubblico non economico		1				1
Altro	1	6	5	1	1	14
Totali	1	95	92	96	19	303

Fonte: Elaborazioni A.N.AC. su sentenze della Corte dei Conti

Nella Relazione sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica presentata dal Ministro dell'Interno al Parlamento nel febbraio 2015, la Provincia di Cuneo risultava marginalmente interessata dal fenomeno della criminalità organizzata, al quale si accompagna notoriamente il fenomeno della corruzione. Nella relazione si faceva, infatti, riferimento a un unico caso concreto di tentativo di infiltrazione della criminalità organizzata emerso nell'ambito della c.d. operazione "Maglio", che ha registrato la presenza di alcune "Ndrine" attive ad Alba (CN), Asti, Novi Ligure (AL) e Sommariva del Bosco (CN), costituenti una diramazione di una "camera di controllo" della

“Ndrangheta” insediatasi in Liguria. Risultava, pertanto, notevolmente ridotto uno dei principali rischi riconnessi alla circostanza, evidenziata nella citata relazione, che *“le mafie continuano a ricorrere allo strumento corruttivo per penetrare il tessuto economico-amministrativo, rendendo opaca la governance locale del territorio”*. Anche le analisi basate sull’esame delle notizie uscite sui mezzi di informazione confermavano la notevole variabilità del fenomeno su base regionale e la sua minor diffusione nel Piemonte rispetto ad altre Regioni.

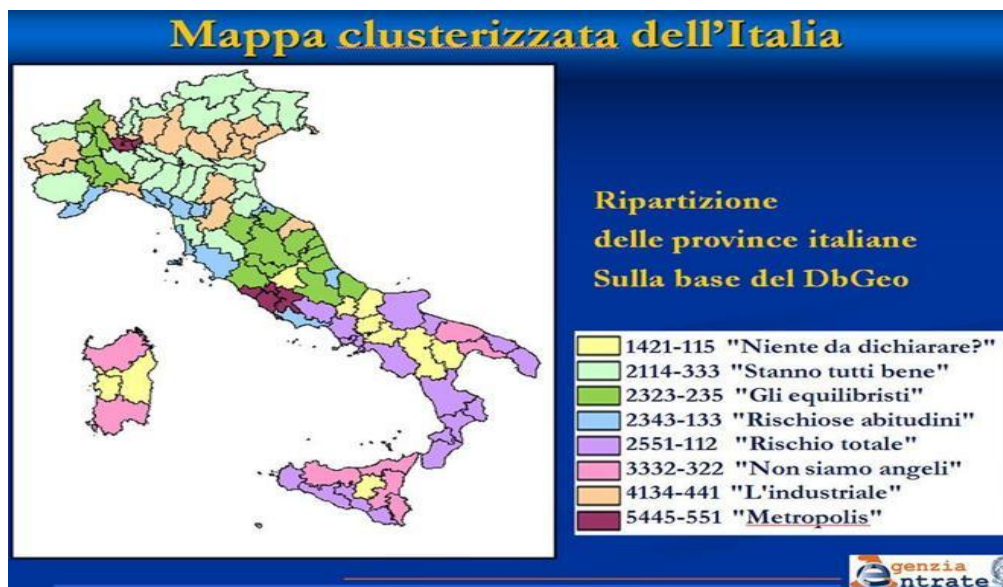
Diffusione dei casi di corruzione nel 2012-analisi dei giornali



Fonte: elaborazione RISSC su dati di Avviso Pubblico

Un ulteriore elemento rilevante è rappresentato dalla compliance fiscale, vale a dire dall’attitudine a pagare le tasse, che per la provincia di Cuneo risulta particolarmente alta, ad ulteriore conferma di un contesto socio-culturale poco incline a comportamenti fraudolenti nei confronti dello Stato.

È quanto emergeva dalla mappatura effettuata nel 2014 dall’Agenzia delle Entrate mediante l’impiego del DbGeo, un *data base* che forniva una fotografia complessiva delle varie provincie Italiane, definendo il profilo di ciascuna realtà territoriale mediante l’impiego di 36 variabili selezionate nell’ambito di 245 variabili che tenevano conto del contesto sociale, economico, della criminalità e del tenore di vita.



Fonte: Agenzia delle Entrate

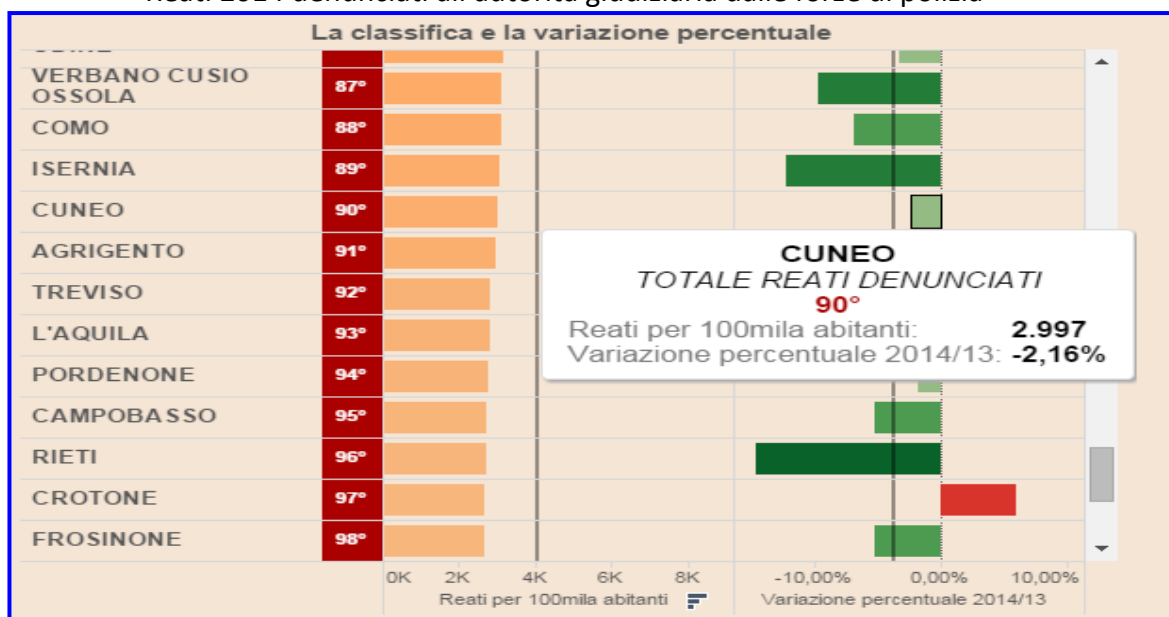
In base all'analisi, Cuneo è ricompresa nel gruppo delle province, che presentano il minor grado di pericolosità fiscale e sociale, con un basso livello di delittuosità con riferimento a tutte le tipologie di reati.



Fonte: Agenzia delle Entrate

Secondo uno studio condotto nel 2014 dal Sole 24 Ore su dati ufficiali del Ministero dell'Interno e dell'Istat, oltre a confermare il basso livello di delittuosità nella provincia di Cuneo, che si collocava al 90° posto nella graduatoria delle 102 province oggetto di analisi, evidenziava una riduzione dei reati denunciati all'Autorità Giudiziaria dalle forze di polizia rispetto al 2013 pari 2,16%.

Reati 2014 denunciati all'autorità giudiziaria dalle forze di polizia



Fonte: Rielaborazioni del Sole 24 Ore su dati del Ministero dell'Interno-Dipartimento di pubblica sicurezza e Istat

L'Ufficio Centrale di Statistica del Ministero dell'Interno grazie ai dati "fonte SDI", forniti dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza, elaborò nel 2017 un'analisi dettagliata, anche a livello regionale, sui reati contro la Pubblica Amministrazione. L'elaborato considerava il numero dei delitti denunciati da tutte le Forze dell'Ordine all'Autorità Giudiziaria ed il numero delle segnalazioni riferite a persone denunciate/arrestate⁹.

⁹ Occorre precisare che i dati riferiti ai delitti denunciati e quelli riferiti alle persone denunciate e/o arrestate non sono confrontabili e/o sovrapponibili in quanto la banca dati fornisce solo il numero delle "segnalazioni", nel senso che lo stesso presunto autore di reato è considerato tale tutte le volte in cui, a suo carico, sia stata presentata una denuncia per ciascun reato commesso. Ciò significa che alla stessa persona che abbia avuto più denunce per lo stesso reato, o abbia reiterato la commissione di quel reato nell'arco dell'anno e/o ha commesso più reati diversi tra loro nell'arco di uno stesso evento delittuoso e/o nell'arco dell'anno saranno collegate più segnalazioni.

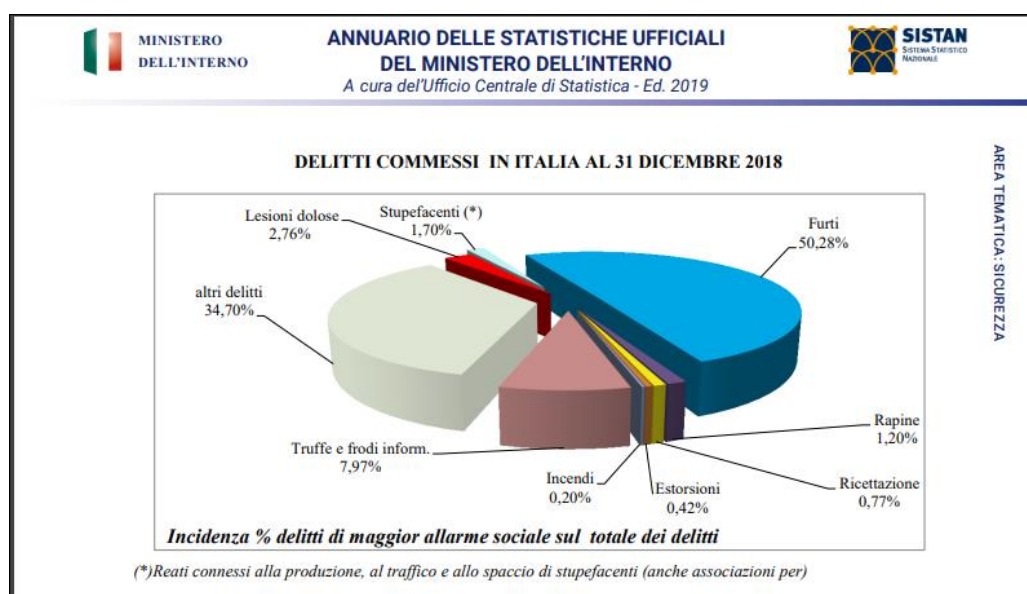
**Nr. reati commessi in violazione dei delitti contro la Pubblica Amministrazione previsti dal Codice Penale, con
disaggregazione a livello regionale
(Dati di fonte SDI/SSD consolidati)**

PIEMONTE										
Art.	Art. Bis	Descrizione reato	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
314		Peculato	23	18	11	12	53	29	23	29
316		Peculato mediante profitto dell'errore altrui	1	5	3	3	3	1	10	12
316	Bis	Malversazione a danno dello Stato	0	1	0	1	2	2	2	4
316	Ter	Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato	19	23	22	14	32	37	17	11
317		Concussione	7	10	9	8	21	4	3	5
318		Corruzione per un atto d'ufficio	0	2	2	0	0	3	1	7
319		Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio	10	3	2	3	6	7	3	17
319	Ter	Corruzione in atti giudiziari	0	0	0	1	0	1	0	1
319	Quater	Induzione indebita a dare o promettere utilità - comma 1	0	0	0	0	0	2	2	2
320		Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio	0	1	0	1	1	1	1	16
321		Pene per il corruttore	2	4	0	3	3	4	1	17
322		Istigazione alla corruzione	12	8	14	6	4	8	10	6
322	Bis	Peculato concussione corruzione e istigazione alla corruzione di membri ...	0	0	0	1	1	0	0	1
323		Abuso di ufficio	38	39	34	43	41	42	58	42
326		Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio	5	6	2	5	4	6	3	8
328		omissione o rifiuto di atti d'ufficio	30	28	30	39	27	28	42	47
331		Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica utilità	58	60	69	53	50	54	56	57
334		Sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro disposto ...	221	228	228	166	149	152	129	157
335		Violazione colposa dei doveri inerenti alla custodia delle cose sottoposte ...	129	140	125	119	99	114	74	91

Nr. segnalazioni riferite a persone denunciate/arrestate in Italia in violazione dei delitti contro la Pubblica Amministrazione previsti dal codice penale, con disaggregazione a livello regionale.
(Dati di fonte SDI/SSD consolidati)

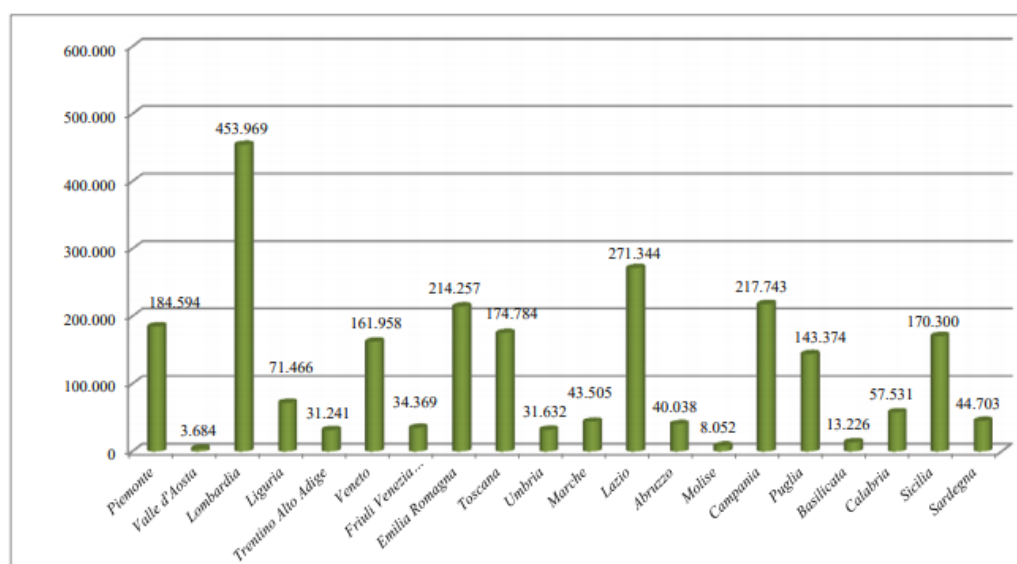
PIEMONTE										
Art.	Art. Bis	Descrizione reato	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
314		Peculato	26	36	18	19	40	94	54	83
316		Peculato mediante profitto dell'errore altrui	3	7	2	3	4	0	10	12
316	Bis	Malversazione a danno dello Stato	4	1	0	3	3	9	6	12
316	Ter	Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato	49	85	351	53	59	115	67	44
316	Ter	Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato, comma 2	0	0	0	0	0	1	0	0
317		Concussione	8	20	22	15	19	8	19	5
318		Corruzione per un atto d'ufficio	1	3	0	1	0	5	1	4
319		Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio	29	28	6	27	79	33	13	35
319	Ter	Corruzione in atti giudiziari	0	0	0	0	1	1	0	4
319	Quater	Induzione indebita a dare o promettere utilità - comma 1	0	0	0	0	0	2	2	5
320		Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio	0	1	0	4	2	4	2	3
321		Pene per il corruttore	14	8	3	11	16	20	4	44
322		Istigazione alla corruzione	15	10	12	7	4	9	12	4
322	Bis	Peculato concussione corruzione e istigazione alla corruzione di membri ...	0	0	0	1	2	0	0	12
323		Abuso di ufficio	76	102	84	112	128	120	77	123
326		Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio	9	4	5	3	3	11	7	3
328		Omissione o rifiuto di atti d'ufficio	34	19	28	94	37	38	45	65
329		Rifiuto o ritardo di obbedienza commesso da un militare o da un agente ...	0	0	0	1	0	0	0	0
331		Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica utilità	23	62	70	39	41	25	41	52
334		Sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro disposto ...	240	240	247	191	157	164	155	163
335		Violazione colposa dei doveri inerenti alla custodia delle cose sottoposte ...	146	148	136	134	103	121	100	93

Dall'edizione del 2019 dell'Annuario delle Statistiche Ufficiali del Ministero dell'Interno elaborato dall'Ufficio Centrale di Statistica di questo Ministero emerge anche l'evoluzione della situazione dei delitti denunciati all'Autorità Giudiziaria dalle Forze di Polizia fino al 31 dicembre 2018.



TOTALE GENERALE DELITTI ANNO 2018

Dati regionali - Valori assoluti



AREA TEMATICA: SICUREZZA

Come risulta dal Rapporto "**La corruzione in Italia nel triennio 2016-2019: numeri, luoghi e contropartite del malaffare**", elaborato dall'ANAC, pubblicato il 17 ottobre 2019 e presentato dal Dottor **Raffaele Cantone**, al suo ultimo bilancio da Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, emerge come il 74% delle vicende, 113 casi, ha riguardato l'assegnazione di **appalti pubblici**, a conferma della rilevanza del settore e degli interessi illeciti a esso legati per via dell'ingente volume economico; i restanti 39 casi assommano ambiti di ulteriore tipo, quali procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari. Il settore più a rischio si conferma quello degli appalti pubblici, in particolare ai lavori pubblici, per il 40% dei 113 casi; gli Enti maggiormente coinvolti sono i Comuni, per il 41%, seguiti dalle Società partecipate, 24 casi, il 16%; dalle Aziende sanitarie, 16 casi, ossia l'11%. Il comparto più colpito dalla Magistratura oltre a quello dei lavori pubblici è quello del ciclo dei rifiuti, al 22% e quello sanitario al 13%.

Raffaele Cantone commenta che è "un bilancio a tinte fosche, soprattutto per gli appalti pubblici, ma non certo paragonabile a Tangentopoli. Se non altro perché la "mazzetta" sembra essere tramontata, rimpiazzata da beni materiali e non, ben più facili da occultare. Il livello di "mazzette" è molto meno significativo del passato, si tratta di episodi di piccolo calibro. Alla tangente ora si preferiscono favori, un esempio per tutti: il posto di lavoro". Nel dettaglio "fra agosto 2016 e agosto 2019 sono state 117 le ordinanze di custodia cautelare per corruzione spiccate dall'Autorità giudiziaria in Italia e correlate in qualche modo al settore degli appalti: esemplificando è quindi possibile affermare che sono stati eseguiti arresti ogni 10 giorni circa. (...) In linea con questa cadenza temporale sono anche i casi di corruzione emersi analizzando i provvedimenti della Magistratura: 152, ovvero uno a settimana, solo a considerare quelli scoperti".

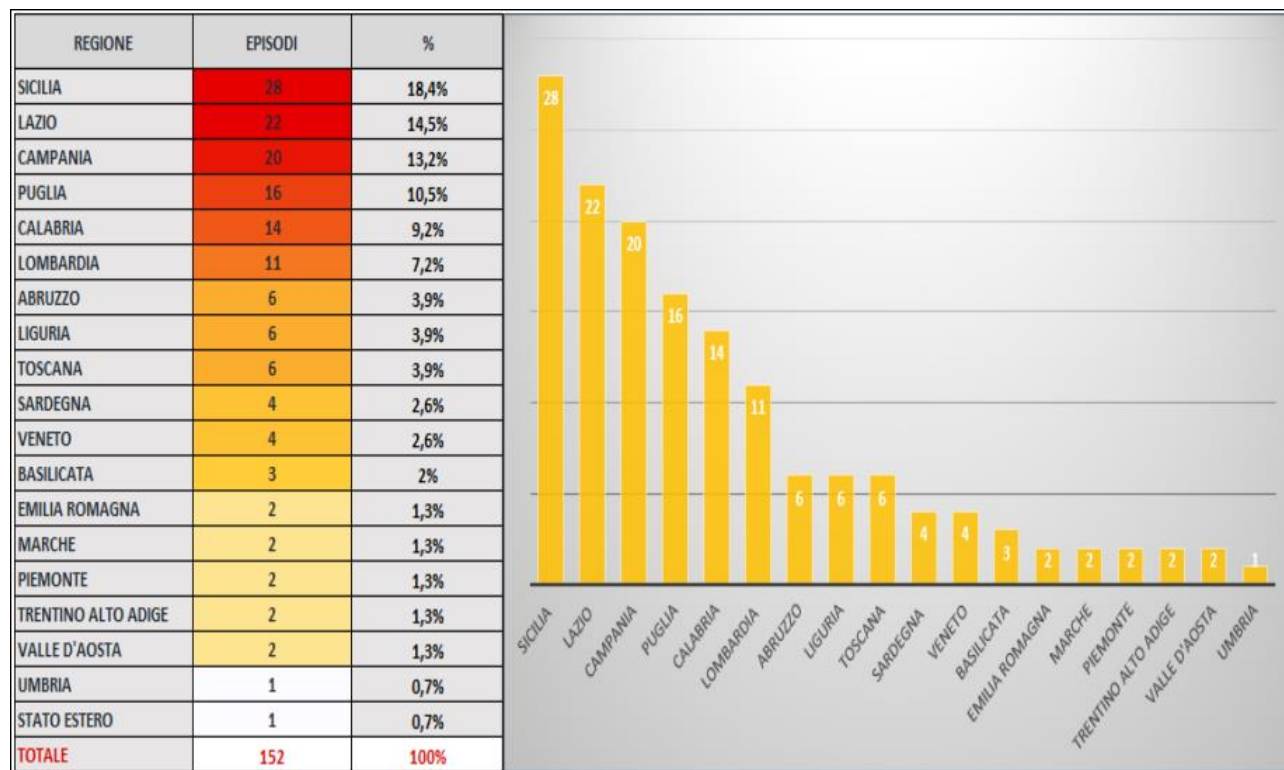
Quello che emerge dal rapporto ANAC è anche un cambio di modalità; la corruzione si dematerializza, alla vecchia tangente si sostituisce spesso il pagamento con beni o servizi, più difficilmente dimostrabile come reato per gli inquirenti: l'assegnazione di un **posto di lavoro** a un parente o un sodale, oppure di una consulenza reale o fittizia fino ad arrivare alla concessione di benefit come viaggi, cene, ristrutturazioni edilizie. Ed anche, talvolta, il soddisfacimento della richiesta di prestazioni sessuali.

In particolare, il posto di lavoro è la nuova moneta di scambio della corruzione e riguarda il 13% dei casi scoperti nel triennio 2016 – 2019 dalle Autorità ed è usato come controvalore soprattutto al Sud; a seguire, a prova dell'avvento di più sofisticate modalità criminali, si colloca l'assegnazione di prestazioni professionali per l'11%, specialmente sotto forma di consulenze, spesso conferite a persone o realtà giuridiche riconducibili al corrotto o in ogni caso compiacenti; le regalie sono presenti nel 7% degli episodi, fra le quali rientrano benefit di diversa natura, come carburante, pasti e pernottamenti, ma anche singolari ricompense di diversa tipologia, tra cui ristrutturazioni edilizie, riparazioni, servizi di pulizia, trasporto mobili, lavori di falegnameria, giardinaggio o tinteggiatura. Si tratta comunque di contropartite di modesto controvalore, indicative della facilità con cui viene talora svenduta la funzione pubblica ricoperta.

Inoltre nel documento dell'ANAC emerge che il denaro continua a rappresentare il principale strumento dell'accordo illecito, tanto da ricorrere nel 48% delle vicende esaminate, sovente per importi esigui, dai 2.000 ai € 3.000, ma in alcuni casi anche da 50 a € 100 appena, e talvolta quale percentuale fissa sul valore degli appalti. Si evidenzia ancora come al di là di quanto si possa opinare, la corruzione non passa solo dalla **politica**, ma dall'intero apparato burocratico; infatti nel triennio 2016-19, il coinvolgimento diretto della parte politica è diventato minoritario, su 207 indagati 47 sono Politici, mentre è coinvolto, per il 56%, l'apparato burocratico: Dirigenti, Funzionari, RUP, Commissari di gara. I numeri appaiono tutt'altro che trascurabili, dal momento che dei 47 i Politici, il 23% degli indagati, 43 sono stati arrestati: 20 Sindaci, 6 Vice-Sindaci, 10 Assessori e 7 Consiglieri.

Infine, la Relazione ANAC rileva come ad essere interessate sono state pressoché tutte le Regioni, a eccezione del Friuli Venezia Giulia e del Molise. "Ciò non implica che queste due Regioni possano considerarsi immuni, ma semplicemente che non vi sono state misure cautelari nel periodo in esame". Spicca il dato relativo alla Sicilia, dove nel triennio sono stati registrati 28 episodi di corruzione, il 18,4% del totale, quasi quanti se ne sono verificati in tutte le Regioni del Nord, cioè 29 nel loro insieme; a seguire, il Lazio con 22 casi, la Campania con 20 episodi, la Puglia con 16 fatti e infine la Calabria con 14 casi.

EPISODI DI CORRUZIONE 2016-2019



Fonte: Relazione ANAC – 18 ottobre 2019

1.5.6.1 Dalle Relazioni Semestrali della Direzione Investigativa Anti Mafia al Parlamento

Ogni 6 mesi la Direzione Investigativa Anti Mafia trasmette al Parlamento una Relazione sui risultati raggiunti nel contrasto e nella repressione delle organizzazioni criminali, italiane e straniere, operanti nel Paese.

L'edizione, riferita al **1° semestre 2019**, in oltre 680 pagine compiva una dettagliatissima analisi dei principali ambiti d'interesse delle organizzazioni criminali e presentava un interessante esame delle loro infiltrazioni e delle loro attività nelle varie Regioni. Il Capitolo 12, nelle "Conclusioni", approfondiva le "Linee evolutive della criminalità organizzata", in particolare "Il rapporto mafia e territorio", e considerando le evidenze di analisi, che avevano caratterizzato il semestre, individuava due macro-tipologie di azioni, attraverso le quali le "Mafie" consolidano la propria posizione e accrescono la ricchezza, azioni convenzionalmente classificate, richiamando una distinzione fatta dal Giudice Falcone nel libro "Cose di Cosa Nostra", in attività criminali "di primo livello" e "di secondo livello": quelle "di secondo livello", le più sofisticate, caratterizzano principalmente le aree del Centro-Nord e, per essere sviluppate, attingono buona parte delle risorse dalle attività "di primo livello" gestite dal Sud.

Nella "Relazione" era anche sottolineato l'interesse delle "Mafie" per il settore sanitario, ove sono impiegate dallo Stato e dalle Regioni ingenti risorse per gli appalti di beni, servizi e lavori pubblici. A tal proposito occorre ricordare quanto è previsto nelle procedure dell'A.S.L. per i controlli sui soggetti economici, con i quali si hanno rapporti. Al Piemonte la Relazione dedicava ben 20 pagine, come già le ultime precedenti. Spiegava che da noi il radicamento della criminalità organizzata, specie di matrice 'ndranghetista, ossia la "Criminalità associativa calabrese", trova

le origini nel fenomeno migratorio degli anni '50, poiché alla costituzione di comunità laboriose e socialmente ben integrate, si è parallelamente accompagnata la replica nel corso del tempo della struttura criminale ed operativa dei territori di origine, connotata da rigorosi criteri di ripartizione delle zone e dei settori di influenza, finendo per costituire dei veri e propri "locali" di "ndrangheta", alimentati anche dalla presenza di condannati a regime detentivo presso le Case Circondariali di Novara e Cuneo, condizione di forte richiamo per i familiari dei detenuti, che si stabiliscono nelle aree limitrofe creando ulteriori presupposti di stabile radicamento. Le operazioni "Crimine" (2010), "Minotauro" (2011), "Maglio" (2011), "Colpo di Coda" (2012), "Esilio" e "Val Gallone" (2013), "San Michele" (2014) e "Barbarossa" (2018) hanno dato conto dell'esatta riproduzione, nell'intero Piemonte, delle strutture criminali mafiose calabresi, sempre in stretto contatto con la "casa madre", ad ennesima riprova della connotazione unitaria della "ndrangheta".

Nonostante il radicamento mafioso in Piemonte sia consolidato negli anni e sia definito da pronunce giudiziarie, attraverso diverse inchieste si è evidenziato come in molte aree interessate dal fenomeno mafioso non si avesse ancora piena coscienza degli effetti nefasti di questo insediamento. In proposito, il 26 gennaio 2019, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario, il Procuratore Generale della Repubblica di Torino aveva lanciato un segnale chiaro, dicendo tra l'altro: *"...quel che mi preoccupa è la persistente sottovalutazione del fenomeno che si coglie nell'opinione pubblica, nel sentire delle comunità che pure vivono, fianco a fianco, muro a muro, con i mafiosi. E mi riferisco a situazioni già definite con sentenze passate in giudicato. È un dato positivo e negativo al tempo stesso. Positivo perché indica che non vi sia stata un'occupazione importante del tessuto sociale, imprenditoriale, politico del territorio; se ancora ci si sorprende. Negativo, dall'altro, perché testimonia della capacità di infiltrarsi in maniera subdola ma non avvertita in maniera chiara; in secondo luogo, perché a queste caratteristiche ed a questi atteggiamenti si accompagna la sottovalutazione, come si trattasse di fenomeno e comportamenti che non riguardano tutti ma solo i singoli che vengono a patti con i mafiosi. Questo atteggiamento ha aiutato ed aiuta le organizzazioni mafiose. Non basta la risposta giudiziaria..., occorre una presa di coscienza ed un atteggiamento di ripulsa e di rigetto delle persone, delle comunità e delle istituzioni... Non v'è settore geografico del nostro Distretto nel quale non si sia registrata ed accertata la presenza di insediamenti di 'ndrangheta con costituzione di organismi tipici..."*.

Accanto alle infiltrazioni nell'economia, anche per il Piemonte il traffico di sostanze stupefacenti si conferma tra le attività di primario interesse delle consorterie. Oltre alle organizzazioni criminali italiane, nella Regione agiscono anche quelle di origine straniera. L'assenza di contrasti tra le matrici etniche criminali, riconducibile alla spartizione degli "affari", induce ad escludere, per un immediato futuro, significative criticità nei rapporti tra gruppi criminali.

Accendendo i fari sulla nostra Provincia, la "Relazione" affermava che le evidenze giudiziarie ed investigative degli ultimi anni dimostrano la presenza di gruppi criminali di varia estrazione, compresa la straniera. In proposito cita l'operazione "Alba Chiara" del 2011, che fece luce sulla "locale 'ndranghetista" del basso Piemonte al confine con la Liguria, operante nei comuni cuneesi di Sommariva del Bosco e di Alba e nelle province di Alessandria e Asti; e che i tentativi di infiltrazione della criminalità calabrese hanno avuto un'ulteriore conferma nel 2018, con l'operazione "Barbarossa", che individuò una locale di 'ndrangheta ad Asti, con affiliati anche nella provincia di Cuneo; mentre proprio nel 1° semestre del 2019, l'operazione "Carminius", che interessò anche il Torinese, evidenziò importanti proiezioni delle cosche calabresi anche nel

Cuneese. Il nostro territorio appare alla DIA esposto a tentativi di infiltrazione da parte di sodalizi calabresi, siciliani, campani e pugliesi anche perché diversi sodali sono sottoposti a regime detentivo differenziato presso la Casa Circondariale di Cuneo, circostanza, che potrebbe favorire i già spiegati fattori favorevoli all'espansione della presenza criminale. Sul fronte del contrasto agli stupefacenti si evidenzia l'ingente sequestro, circa kg. 120 di marijuana, operato Polizia Stradale nel marzo 2019, a Piobesi d'Alba (CN), quando fu arrestata una persona originario della provincia di Latina, sorpresa alla guida di un'autovettura con a bordo lo stupefacente. Per quanto concerne la criminalità straniera, la DIA rimarca nel Cuneese la presenza di gruppi nord-africani ed albanese, che gestiscono prevalentemente le attività di spaccio e traffico di sostanze stupefacenti, nonché il favoreggiamento e lo sfruttamento della prostituzione di connazionali; e ricorda che il territorio ospita anche gruppi di "sinti", dediti per lo più alla commissione di reati predatori; ed infine che la prossimità con la Francia, fa sì che il Cuneese sia utilizzato come rotta per il trasferimento via terra di immigrati clandestini.

Il Ministro dell'Interno nella Relazione trasmessa al Parlamento sull'attività svolta dalla Direzione Investigativa Antimafia, riferita al 1° semestre 2020, evidenzia come durante esso, caratterizzato dall'emergenza sanitaria Covid-19, evento di portata globale non ancora superato, dagli effetti devastanti, oltre che sul piano della salute, anche sulla tenuta del sistema economico, a tutti i livelli istituzionali, e nello specifico alla DIA, si è imposta la necessità di monitorare l'evoluzione degli accadimenti nella consapevolezza che il processo di superamento dell'emergenza, se non adeguatamente gestito, può rappresentare un'ulteriore opportunità di espansione dell'economia criminale. Dall'analisi della Investigativa Antimafia sull'andamento della delittuosità nel periodo del lockdown è emerso che *"le organizzazioni mafiose, a conferma di quanto previsto, si sono mosse con una strategia tesa a consolidare il controllo del territorio, ritenuto elemento fondamentale per la loro stessa sopravvivenza e condizione imprescindibile per qualsiasi strategia criminale di accumulo di ricchezza. Controllo del territorio e disponibilità di liquidità che potrebbero rivelarsi finalizzati ad incrementare il consenso sociale anche attraverso forme di assistenzialismo a privati e imprese in difficoltà. Si prospetta di conseguenza il rischio che le attività imprenditoriali medio-piccole, ossia quel reticolo sociale e commerciale su cui si regge principalmente l'economia del sistema nazionale, vengano fagocitate nel medio tempo dalla criminalità, diventando strumento per riciclare e reimpiegare capitali illeciti"*.

Il Rapporto poi evidenzia come le disposizioni governative adottate per contenere la pandemia hanno comportato, in linea generale, una diminuzione sia dei volumi d'affari produttivi e commerciali, sia degli eventi delittuosi. In particolare, con riferimento al Piemonte nella Relazione si rimarca che la **Banca d'Italia** nel rapporto annuale *"Economie regionali - L'economia del Piemonte"*, pubblicato il 19 giugno 2020, ha registrato una decrescita della produzione industriale nei principali comparti economici. Questi dati sono confermati dal **Rapporto di Unioncamere Piemonte** del 30 giugno 2020, relativo all'*"Andamento della Congiuntura economica"*, che registra nel periodo gennaio-marzo 2020 per la produzione industriale piemontese abbia registrato un calo del 5,7%, fenomeno in parte contenuto, così come precisa il Presidente dell'Unioncamere Piemonte, in quanto *"Le imprese hanno fatto del loro meglio per adattarsi, riconvertirsi o modificare le proprie produzioni. Spesso con grande creatività e inventiva"*.

La DIA evidenzia inoltre che, per prevenire i prevedibili tentativi di infiltrazioni mafiose nel tessuto socio economico piemontese in crisi, la Procura della Repubblica di Torino nell'aprile 2020 ha costituito uno specifico *"Pool di Magistrati"* con il compito di affinare una strategia di

contrasto in grado di considerare la capacità delle consorterie criminali di approfittare delle criticità del tessuto produttivo e commerciale.

Al riguardo nella Relazione al Parlamento risulta la conferma del radicamento in Piemonte di gruppi mafiosi, segnatamente di “locali” della ‘*ndrangheta*, costituiti in modo analogo a quelle delle rispettive aree d’origine. La annosa presenza di questi “*clan*” si rileva dalla sentenza pronunciata il 19 febbraio 2020 dalla Corte di Cassazione, che ha condannato all’ergastolo un esponente della *cosca* BELFIORE-URSINO per avere commesso nel capoluogo piemontese, nel 1983, l’omicidio dell’allora Procuratore Capo di Torino. Si tratta di sodalizi dediti principalmente al traffico di stupefacenti, alle estorsioni e alle azioni usuarie spesso finalizzate all’acquisizione di attività imprenditoriali, ma che hanno di recente privilegiato l’inserimento nel settore degli appalti pubblici, attraverso condotte corruttive. In relazione a quest’ultimo aspetto, nel mese di febbraio 2020, l’Investigativa Antimafia segnala il rinvio a giudizio di un esponente politico locale, nell’ambito del procedimento penale scaturito dall’operazione “*Carminius/Bellavita 416 bis*”. L’inchiesta aveva fatto luce sui tentativi di un *sodalizio* ‘*ndranghetista* di acquisire alcuni lavori pubblici indetti da un comune del Torinese, a fronte della promessa di procacciare consensi elettorali in occasione delle consultazioni amministrative in quel contesto locale. Una commistione con ambiti opachi della pubblica amministrazione che spesso avviene con il contributo fornito da professionisti in grado di costituire complessi reticoli societari utili a schermare la provenienza dei capitali.

Un fenomeno sempre più diffuso, come evidenziato anche dal **Procuratore Generale della Repubblica di Torino in occasione dell’inaugurazione dell’anno giudiziario 2020**, quando sulle frequenti collusioni sottolineò come - *non vi è porzione del nostro territorio che sia rimasta immune dalla penetrazione della struttura criminale di natura mafiosa. Il susseguirsi di indagini preliminari, dibattimenti di primo e di secondo grado e la pronuncia di molte sentenze della Corte di cassazione che hanno definitivamente accertato la “stabilità” delle consorterie sui nostri territori, la loro capillare penetrazione, il radicarsi sul territorio, sono la prova di un fenomeno pervasivo, insidioso, pericolosissimo. Di fronte al quale si registra, in molti casi, una certa “neutralità” del territorio e di sue componenti sociali, che hanno nei confronti di questi personaggi un atteggiamento spesso ambiguo, altre volte di soggezione, altre volte, purtroppo, come le indagini hanno dimostrato, una accettazione ed una condivisione di fini e di strumenti criminali. Pure hanno messo in luce quelle indagini, contiguità e collusione con esponenti politici.-* E ancora: *-...un tessuto sociale come quello di Torino e del Piemonte, dove dovrebbe esserci una estraneità di fondo al mondo criminale, non riesce a sviluppare gli anticorpi che servono... La ‘ndrangheta agisce con una apparente segretezza, in realtà adotta spesso manifestazioni esteriori inequivoche e spavalde ... detta legge negli appalti, negli investimenti, condiziona i rappresentanti del potere politico.* In effetti, riprendendo la Relazione della DIA, leggiamo la conferma dalle inchieste degli ultimi anni della stabile presenza nella Regione di strutturati gruppi calabresi, aggregazioni criminali con una spiccata propensione affaristico-imprenditoriale, che si avvalgono, se del caso, dei comportamenti violenti tipici mafiosi.

Infine dalla Relazione si legge che per la **provincia di Cuneo** è stato recentemente censito la “*locale di Bra*”, grazie agli esiti investigativi dell’operazione “*Altan*”, conclusa il 30 giugno 2020 dalla Polizia di Stato e dai Carabinieri, con l’esecuzione di una misura restrittiva nei confronti di 12 soggetti accusati a vario titolo di associazione di tipo mafioso e associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti. Dagli elementi probatori raccolti emergono i solidi collegamenti tra la consorteia piemontese e altre *famiglie* ‘*ndranghetiste*, quali gli ALVARO e i GRANDE

ARACRI; e si è avuta prova, ancora una volta, di quanto le più tipiche espressioni mafiose di matrice calabrese continuino a manifestarsi anche fuori ad altra latitudine attraverso i rituali di affiliazione, il rigido rispetto dei ruoli e della gerarchia interna, l'obbligo per i consociati di sostenere le spese economiche di altri affiliati detenuti e il mantenimento di una cassa comune. In conclusione la DIA afferma come le indagini abbiano anche confermato la vocazione al narcotraffico, il ricorso alla violenza, la capacità di condizionare le consultazioni elettorali, nonché la ricerca di legami con esponenti delle Forze di polizia e rappresentanti delle Istituzioni locali compiacenti. E come dall'attività investigativa è emerso, altresì, un rigido controllo di diversi settori dell'economia locale, realizzato attraverso l'acquisto e la gestione di bar e di altre attività di somministrazione di bevande e cibo al pubblico.

Con riferimento alla criminalità straniera, nell'ultimo semestre esaminato la DIA conferma nel Cuneese la presenza di sodalizi di origine albanese e nord-africana per lo più attivi nei settori già ricordati; che l'ampio territorio cuneese ospita anche gruppi di *sinti* per lo più dediti alla commissione di reati predatori; e che la diversificata presenza criminale nella Granda, caratteristica tendenzialmente comune a tutto il Piemonte, si ritiene possa essere ascrivibile anche alla strategica vicinanza con la Francia, sfruttata come ultima tappa sulla rotta dei "passeur" per il trasferimento via terra di immigrati clandestini.

Nella Relazione trasmessa dal Ministro dell'Interno al Parlamento, sull'attività svolta dalla Direzione Investigativa Antimafia¹⁰ riferita al 2° semestre 2021, nella parte generale si legge che dall'analisi sui fenomeni delittuosi, sulla base delle evidenze investigative, giudiziarie e di prevenzione, emerge ancora una volta come il modello che ispira le diverse organizzazioni criminali di tipo mafioso appare sempre meno legato a manifestazioni di violenza e diversamente rivolto invece verso l'infiltrazione economico-finanziaria. Questo conferma quanto era stato previsto trent'anni fa dai giudici Falcone e Borsellino che avevano fortemente voluto ed avviato quell'"architettura antimafia" di cui la DIA è parte integrante finalizzata a colpire i sodalizi anche sotto il profilo patrimoniale arginandone il riutilizzo dei capitali illecitamente accumulati nell'ambito dei mercati economici per evitarne l'inquinamento. Secondo il Ministro dell'Interno questa direttrice d'azione è stata importantissima a ridurre drasticamente la capacità criminale delle mafie evitando effetti che altrimenti sarebbero stati disastrosi per il "sistema Paese". Infatti, il Ministro, nella giornata del 29 ottobre 2021, dove si è dato inizio alle celebrazioni dei 30 anni della costituzione della DIA, innanzi al Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, manifestando il proprio orgoglio italiano, ha sottolineato come il percorso avviato il 29 ottobre abbia rappresentato in tutte le città interessate dall'"Antimafia itinerante" una necessità improcrastinabile per contrastare le mafie e i poteri criminali utilizzando strumenti legislativi ed operativi innovativi su base mondiale. "Un'Istituzione nata anche con il sacrificio di tanti servitori dello Stato che hanno contribuito alla costruzione di questa "roccaforte della legalità" che è oggi la Direzione Investigativa Antimafia." Del resto da 30 anni la DIA fotografa semestralmente l'assetto delle organizzazioni mafiose attraverso il costante e quotidiano impegno di personale dedicato all'analisi specificamente rivolta all'approfondimento del fenomeno mafioso in tutte le sue sfaccettature. Un'azione "dinamica" che oltre a descrivere l'operatività dei gruppi mafiosi ne disegna le linee di tendenza e i profili evolutivi in tutti i contesti territoriali, restituendo un quadro attuale e soprattutto "predittivo" indispensabile per orientare tutte le strutture del sistema antimafia del Paese. In tale quadro le risultanze di analisi sui fenomeni criminali di tipo mafioso continuano a presentare il rischio che i sodalizi di varia matrice, senza peraltro a rinunciare a

¹⁰ Cfr.: <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>

porre in atto tutte le azioni necessarie a consolidare il controllo del territorio, possano perfezionare quella strategia di infiltrazione del tessuto economico anche in vista dei finanziamenti pubblici connessi al PNRR.

Dettagliatamente nel capitolo 7, attinente alle “Proiezioni della criminalità organizzata sul territorio nazionale”, sono riportate le attività malavitose poste in essere dalle mafie al di fuori delle regioni d’origine e laddove gli interessi illeciti tendono a convergere più che a contrapporsi. Non di rado si registra, infatti, una funzionale ripartizione di ruoli tra appartenenti a gruppi malavitosi di diversa matrice comprese quelle straniere per il raggiungimento degli obiettivi criminali.

Nelle pagine dedicate al Piemonte la Relazione ribadisce, come già evidenziato nelle precedenti Relazioni, significative pronunce giudiziarie ed importanti evidenze investigative danno prova di come il Piemonte sia un territorio eletto dalle mafie e in particolare dalla criminalità organizzata calabrese il cui radicamento in Regione è risalente nel tempo e trova le sue origini nel fenomeno migratorio degli anni ’50. Dalle prime cellule di ‘ndrangheta si è arrivati peraltro e nel tempo alla costituzione di veri e propri locali. Tra le cause dell’insediamento delle consorterie criminali organizzate inoltre si ricorda la presenza nella Regione di condannati a regime detentivo differenziato presso le Case Circondariali di Novara e di Cuneo fattore di tradizionale richiamo per i familiari dei detenuti che tendono a stabilirsi nelle aree limitrofe creando presupposti di radicamento. Comunque, in particolare con riferimento alla provincia di Cuneo in questa Relazione è nuovamente citata l’inchiesta “Altan”, del giugno 2020, dove veniva censito il “locale di Bra” e quella del “locale del basso Piemonte” con influenza oltre che sulla nostra provincia anche su quella di Alessandria, ma che insiste prevalentemente su Alba, Sommariva del Bosco e Novi Ligure e che proietta la sua influenza anche sulla provincia di Asti con ramificazioni fino al confine con la Liguria.

Infine è opportuno evidenziare l’argomento trattato nel capitolo 11 della Relazione, che si sofferma sulle attività svolte in materia di prevenzione dell’utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio. Si tratta di un campo di fondamentale importanza per arginare l’espansione economico-finanziaria delle mafie segnatamente attraverso la valorizzazione in primis delle informazioni finanziarie su operazioni sospette. Nella sezione, accanto all’illustrazione dei risultati raggiunti e delle procedure di analisi adottate vengono tracciate le prospettive evolutive delle attività e della normativa di settore legate all’innovazione tecnologica ed al metaverso. Le nuove frontiere offerte da internet consentono di sviluppare attività di riciclaggio su una scala sempre più ampia producendo in definitiva una sorte di digitalizzazione della criminalità organizzata. Sotto questo aspetto, peraltro, risulta particolarmente complessa e impegnativa la perseguibilità delle criminalità insediate sulla rete a causa sia della difficoltà di individuare il luogo di radicamento del reato informatico di portata transnazionale, sia delle disomogeneità delle varie legislazioni nazionali.

1.5.7 Indice di percezione della corruzione

L’aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione operato dall’ANAC con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 ha evidenziato che la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all’analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all’interno dell’amministrazione per via delle specificità dell’ambiente in cui essa opera in termini di

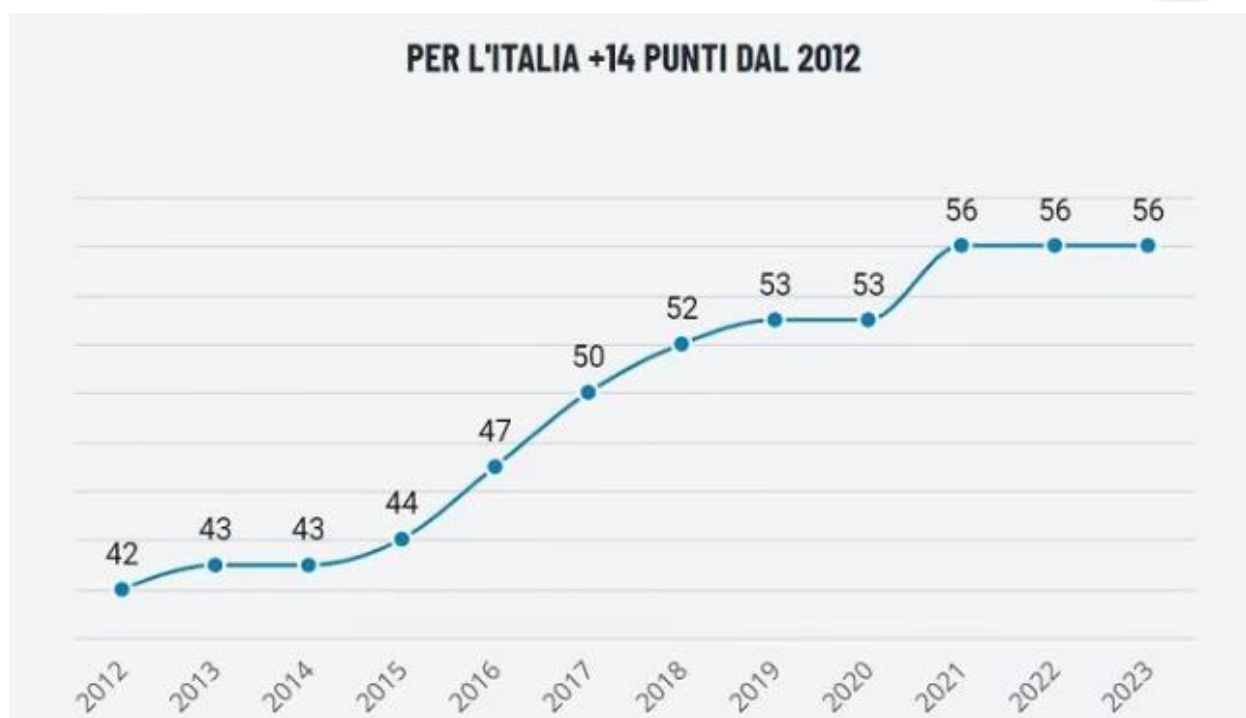
strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Indubbiamente, le caratteristiche del contesto esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'amministrazione e rappresenta uno degli elementi in base al quale definire la strategia di prevenzione e calibrare le relative misure alle specifiche criticità.

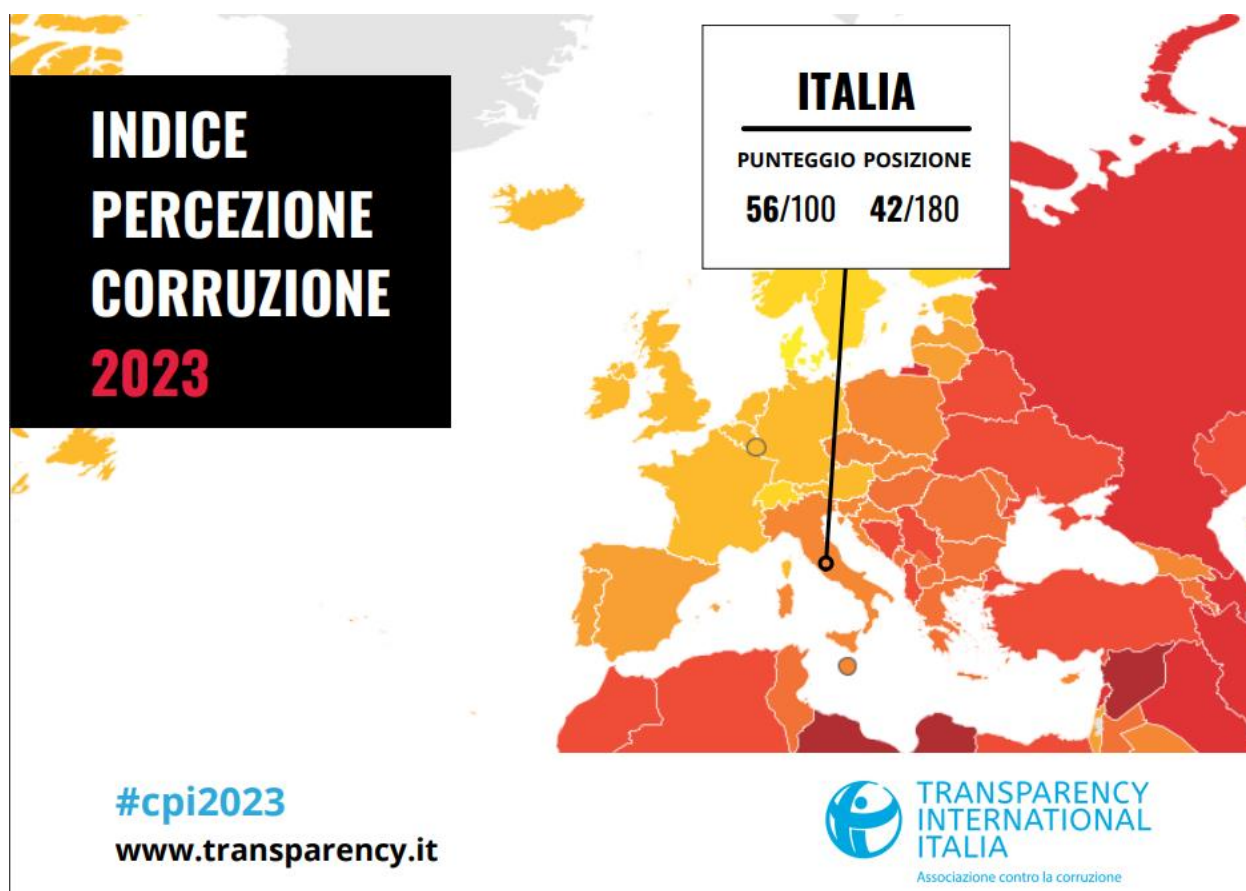
Rispetto alla corruzione, nel 2012 l'Italia figurava agli ultimi posti delle classifiche internazionali collocandosi al penultimo posto in Europa nel ranking del CPI, l'indice della percezione della corruzione del settore pubblico e politico, con un punteggio di 42/100. Nel Worldwide Governance Index della Banca Mondiale, alla voce "control of corruption" l'Italia totalizzava nel 2011 57, 3/100, in netto calo rispetto al 77,1/100 ottenuto nel 2000. Il Barometro Globale della Corruzione (GCB) pubblicato da **Transparency International**¹² nel luglio del 2013, ha messo in luce come i cittadini italiani considerino la corruzione un problema molto serio per la Pubblica Amministrazione. L'elevato livello di percezione della corruzione in Italia è confermato dai dati dell'edizione 2014 dell'Eurobarometro sulla corruzione presentati dalla Commissione Europea, dove l'89% dei cittadini intervistati considera il sistema economico del paese gravemente affetto dal fenomeno.

Negli ultimi anni si è tuttavia assistito ad un graduale miglioramento dell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI), passando da una quota di 47/100 nel 2016, al 50/100 nel 2017, al 52/100 nel 2018, al 53/100 nel 2019 e nel 2020 raggiungendo nel 2021 quota 56/100, collocando l'Italia al 42esimo posto nella graduatoria mondiale, su 180 Paesi. Il nostro Paese rispetto al 2020 ha scalato la classifica di ben 10 punti. Mentre il CPI 2022 guadagnava una posizione nella classifica globale collocando l'Italia al 41° posto, sempre con un *punteggio pari a quello dell'anno precedente di 56*. Il CPI 2023, pubblicato da Transparency International a fine gennaio 2024, conferma il punteggio di 56 per l'Italia e colloca il nostro Paese al 42° posto nella classifica globale dei 180 Paesi oggetto della misurazione. Mantenendosi pertanto sostanzialmente stabile il trend positivo italiano che ha avuto inizio nel 2012, anno di approvazione della legge anticorruzione: da allora l'Italia ha guadagnato 14 punti ed ha riconquistato ben 30 posizioni nel ranking mondiale, portandosi dal 72° al 42° posto.

¹² Cfr.: <https://www.transparency.it/indice-percezione-corrruzione>



Fonte: Transparency International Italia



Fonte: Transparency International Italia

L'indice di percezione della corruzione (CPI) nel 2018 si basava su 13 sondaggi e valutazioni di esperti sulla corruzione nel settore pubblico. Oltre due terzi dei Paesi analizzati aveva un punteggio inferiore a 50. Dal 2012 solo 20 Paesi hanno visto migliorare, come sopra accennato, in maniera significativa il loro punteggio e tra questi l'Italia con uno degli incrementi maggiori di 10 punti. Infatti, dalla 72^a posizione con un punteggio di 42 su 100 siamo passati al 53° posto con 52/100 punti. Erano invece 16 i Paesi che avevano subito un forte peggioramento, tra cui l'Australia, l'Ungheria e la Turchia. Anche nel 2018 Danimarca e Nuova Zelanda erano in cima alla classifica ma a posizioni invertite, rispettivamente con 88 e 87 punti. Nessuna sorpresa anche nelle parti basse del ranking: Somalia, Sud Sudan e Siria si posizionavano agli ultimi posti con rispettivamente 10, 13 e 13 punti.

Nel 2019 dominavano ancora la classifica Danimarca e Nuova Zelanda, stesso discorso per il fondo del ranking, dove trovavamo ancora Somalia e Sud Sudan. Perdevano posizioni Canada, Francia e Gran Bretagna restando comunque nella fascia alta della classifica. In Europa in vetta oltre alla Danimarca c'erano Finlandia e Svezia, mentre Bulgaria, Romania e Ungheria occupavano le ultime tre posizioni della classifica continentale. A livello globale spiccavano la caduta di Canada di 4 punti, Francia e Regno Unito entrambe di 3 punti, mentre colpivano in positivo la Spagna e la Grecia, rispettivamente con 4 e 3 punti in più. Tra i Paesi del G20 rimanevano stabili Germania e Russia, rispettivamente con un voto di 80 e di 28 come nel 2018, mentre perdevano due punti gli Usa, 69 contro i 71 precedenti.

Nell'edizione **2020 Transparency International** ha sottolineato come negli ultimi anni l'Italia ha compiuto significativi progressi nella lotta alla corruzione, in quanto ha introdotto il diritto generalizzato di accesso agli atti rendendo più trasparente la Pubblica Amministrazione ai cittadini, ha approvato una disciplina a tutela dei whistleblower, ha reso più trasparenti i finanziamenti alla politica e in ultimo con la legge anticorruzione del 2019 ha inasprito le pene previste per taluni reati contro la P.A.. Transparency ha infine indicato come le sfide poste dall'emergenza Covid-19 possono mettere a rischio gli importanti risultati conseguiti se si dovesse abbassare l'attenzione verso il fenomeno.

Nell'edizione **2021 Transparency International** ha sottolineato, invece, come il progresso dell'Italia in questa edizione del CPI, in linea con il costante miglioramento dal 2012 ad oggi, è il risultato della crescente attenzione dedicata al problema della corruzione nell'ultimo decennio e fa ben sperare per la ripresa economica del Paese dopo la crisi generata dalla pandemia; ma avverte che "La fase di rilancio del Paese richiede la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione, affinché gli impegni presi per la digitalizzazione, l'innovazione, la transizione ecologica, la sanità e le infrastrutture possano trovare piena realizzazione". La Presidente di Transparency International Iole Anna Savini aggiunge che "la credibilità internazionale dell'Italia si è rafforzata in quest'ultimo anno anche per effetto degli sforzi di numerosi stakeholder del settore privato e della società civile nel promuovere i valori della trasparenza, dell'anticorruzione e dell'integrità. L'emergenza generata dalla pandemia ha fortemente influenzato l'elaborazione del CPI, dal momento che in alcuni casi ha generato una minor fiducia nei Paesi che hanno preferito rimuovere le garanzie di controllo, in altri ha determinato un rafforzamento della coscienza collettiva e risposte più solide da parte dei Governi". Nella presentazione dell'Indice di Percezione della Corruzione del 25 gennaio 2022 il Direttore di Transparency International Italia Giovanni Colombo sostiene che rimangono ancora alcuni temi in sospeso e "tra le questioni più rilevanti vi è il ritardo nella trasposizione della Direttiva europea 2019/1937 sul tema del whistleblowing, i cui termini sono scaduti a dicembre 2021, che consentirebbe di completare la

disciplina contenuta nella legge 179/2017. Siamo inoltre ancora in attesa della pubblicazione del registro dei titolari effettivi e ci auguriamo che il processo legislativo per la regolamentazione del lobbying sia portato a termine nel migliore dei modi".

Nell'edizione **2022 Transparency International** ha evidenziato come il posizionamento del nostro Paese attesta il trend di miglioramento già registrato negli ultimi anni e conferma l'Italia nel gruppo dei Paesi europei in ascesa sul fronte della trasparenza e del contrasto alla corruzione. A parere di Transparency Internationale il risultato è senz'altro frutto dell'applicazione delle misure normative in tema di prevenzione della corruzione adottate nell'ultimo decennio. Il clima generale di fiducia verso il funzionamento del sistema dell'anticorruzione, alimentato anche dagli sforzi profusi da numerosi stakeholder del settore privato e della società civile, "non è stato tuttavia tale da consentire un più deciso passo in avanti. La volatilità della politica e dei governi ha comportato ritardi nell'adozione della disciplina di due fondamentali capisaldi: la disciplina del lobbying e del conflitto di interessi."

Transparency sottolinea inoltre che a questi fattori si aggiungono i temi più generali della sicurezza e dell'incombente rischio di recessione, quale conseguenza diretta del conflitto bellico in atto. Inoltre, secondo Transparency il decisore politico deve mettere al centro della sua agenda i temi della trasparenza e della lotta alla corruzione, portando a compimento un sistema che passi attraverso le parti centrali dell'intero ordinamento. Quali rafforzare i controlli, scongiurare i conflitti di interesse, assicurare risorse adeguate alla lotta alla corruzione, promuovere la trasparenza definendo le regole per il bilanciamento tra il diritto all'informazione e la sensibilità dei dati, regolare l'attività di lobbying. Transparency International Italia aggiunge che, anche su questi temi, la sua attività sarà quella di dare il proprio contributo in termini di competenze tecniche e di diffusione della cultura della trasparenza e del contrasto alla corruzione.

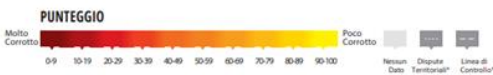
Infine, nel **2023 Transparency International Italia**, nella presentazione dell'indice di percezione della corruzione 2023, ha evidenziato come il consolidamento del punteggio del nostro Paese nel CPI 2023 conferma l'Italia nel gruppo dei Paesi europei più impegnati sul fronte della trasparenza e del contrasto alla corruzione. Ha sottolineato come la media dell'indice di percezione della corruzione dei paesi dell'Europa occidentale è di **65 punti** (peggiolata di un punto, rispetto ai 66 dello scorso anno). Inoltre, tale Associazione ha evidenziato che i paesi meno corrotti del mondo risultano: la Danimarca con 90 punti, la Finlandia (87 punti) e la Nuova Zelanda con 85 punti. Mentre, in fondo alla classifica risultano: Somalia (11 punti), Venezuela e Siria con un punteggio pari a 13. Transparency conclude la esposizione evidenziando come a **livello globale in vent'anni** dopo l'adozione della **Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione**, il progresso anticorruzione rimane limitato: **il CPI 2023 rivela che il più dell'80% della popolazione mondiale vive in Paesi con un CPI al di sotto della media globale di 43**. In più di un decennio la maggior parte dei Paesi ha fatto pochi progressi nell'affrontare la corruzione del settore pubblico e oltre i due terzi dei Paesi ottengono un punteggio inferiore a 50 su 100.

INDICE PERCEZIONE CORRUZIONE 2023

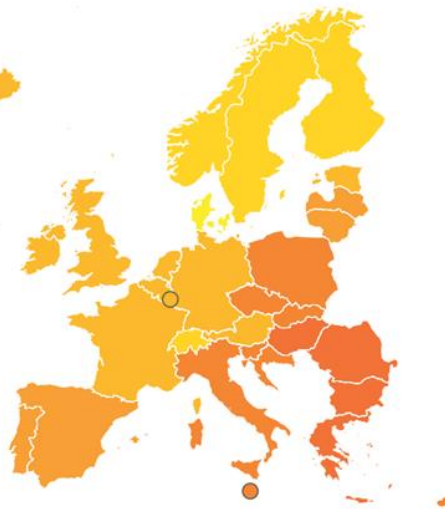
EUROPA OCCIDENTALE & UNIONE EUROPEA

65/100

PUNTEGGIO MEDIO



*The designations employed and the presentation of material on this map follow the UN practice to the best of our knowledge and as of January 2024. They do not imply the expression of any opinion on the part of Transparency International concerning the legal status of any country, territory, city or area or its sovereignty or concerning the delimitation of its borders or boundaries.



TRANSPARENCY INTERNATIONAL ITALIA
Associazione contro la corruzione

PUNTEGGIO PAESE	
90	Denmark
87	Finland
84	Norway
82	Sweden
82	Switzerland
79	Netherlands
78	Germany
78	Luxembourg
77	Ireland
76	Estonia
73	Belgium
72	Iceland
71	Austria
71	France
71	United Kingdom
61	Lithuania
61	Portugal
60	Latvia
60	Spain
57	Czechia
56	Italy
56	Slovenia
54	Poland
54	Slovakia
53	Cyprus
51	Malta
50	Croatia
49	Greece
46	Romania
45	Bulgaria
42	Hungary

#CPI2023

www.transparency.it

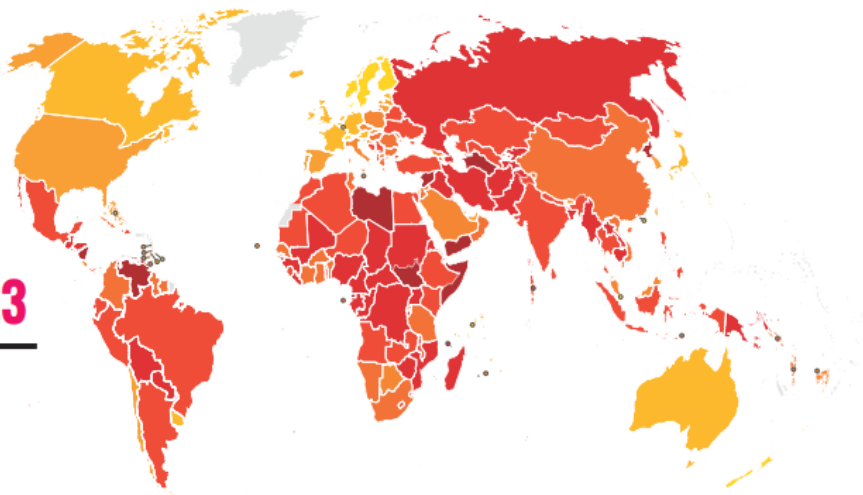
This work from Transparency International (2024) is licensed under CC BY-ND 4.0

Fonte: Transparency International Italia

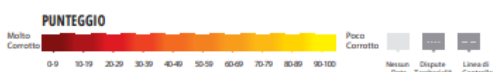
TRANSPARENCY INTERNATIONAL ITALIA
Associazione contro la corruzione

INDICE PERCEZIONE CORRUZIONE 2023

Il livello di corruzione percepito in 180 paesi nel mondo.



PUNTEGGIO/PAESE	
90	Denmark
87	Finland
85	New Zealand
84	Norway
83	Singapore
82	Sweden
82	Switzerland
79	Netherlands
78	Germany
78	Luxembourg
77	Ireland
76	Canada
76	Estonia
76	Australia
75	Hong Kong
72	Belgium
72	Japan
72	Uruguay
72	Iceland
71	Austria
71	France
71	Seychelles
71	United Kingdom
69	Barbados
69	United States
68	Bhutan
68	United Arab Emirates
67	Taiwan
66	Chile
64	Bahamas
64	Cabo Verde
63	Korea, South
62	Israel
61	Lithuania
61	Portugal
60	Latvia
60	Saint Vincent and the Grenadines
60	Spain
59	Botswana
58	Qatar
57	Czechia
56	Dominica
56	Italy
56	Slovenia
55	Costa Rica
55	Saint Lucia
54	Poland
54	Slovakia
53	Cyprus
53	Georgia
53	Grenada
53	Rwanda
52	Fiji
52	Saudi Arabia
51	Malta
51	Mauritius
50	Croatia
50	Malaysia
49	Greece
49	Namibia
48	Vanuatu
47	Armenia
46	Jordan
46	Kuwait
46	Montenegro
46	Romania
45	Bulgaria
45	Sao Tome and Principe
44	Jamaica
43	Benin
43	Ghana
43	Oman
43	Senegal
43	Solomon Islands
43	Timor-Leste
42	Bahrain
42	China
42	Cuba
42	Hungary
42	Moldova
42	North Macedonia
42	Trinidad and Tobago
41	Burkina Faso
41	Kosovo
41	South Africa
41	Vietnam
40	Colombia
40	Côte d'Ivoire
40	Guyana
40	Suriname
40	Tanzania
40	Tunisia
39	India
39	Kazakhstan
39	Lesotho
39	Maldives
38	Morocco
37	Argentina
37	Albania
37	Belarus
37	Ethiopia
37	Gambia
37	Zambia
36	Algeria
36	Brazil
36	Serbia
36	Ukraine
35	Bosnia and Herzegovina
35	Dominican Republic
35	Egypt
35	Nepal
35	Panama
35	Sierra Leone
35	Thailand
34	Ecuador
34	Indonesia
34	Malawi
34	Philippines
34	Sri Lanka
34	Turkey
33	Angola
33	Mongolia
33	Peru
33	Uzbekistan
32	Niger
31	El Salvador
31	Kenya
31	Mexico
31	Togo
30	Djibouti
30	Eswatini
30	Mauritania
29	Bolivia
29	Pakistan
29	Papua New Guinea
28	Gabon
28	Laos
28	Mali
28	Paraguay
27	Cameroon
26	Guinea
26	Kyrgyzstan
26	Russia
26	Uganda
25	Liberia
25	Madagascar
25	Mozambique
25	Nigeria
24	Bangladesh
24	Central African Republic
24	Iran
24	Lebanon
24	Zimbabwe
23	Azerbaijan
23	Guatemala
23	Honduras
23	Iraq
22	Cambodia
22	Congo
22	Guinea-Bissau
21	Eritrea
20	Afghanistan
20	Burundi
20	Chad
20	Comoros
20	Democratic Republic of the Congo
20	Myanmar
20	Sudan
20	Tajikistan
18	Libya
18	Turkmenistan
17	Equatorial Guinea
17	Haiti
17	Korea, North
17	Nicaragua
16	Yemen
13	South Sudan
13	Syria
13	Venezuela
11	Somalia



*The designations employed and the presentation of material on this map follow the UN practice to the best of our knowledge and as of January 2024. They do not imply the expression of any opinion on the part of Transparency International concerning the legal status of any country, territory, city or area or its sovereignty or concerning the delimitation of its borders or boundaries.

#CPI2023

www.transparency.it

This work from Transparency International (2024) is licensed under CC BY-ND 4.0

Fonte: Transparency International Italia

1.5.7.1 Rapporti CENSIS sulla situazione sociale del Paese

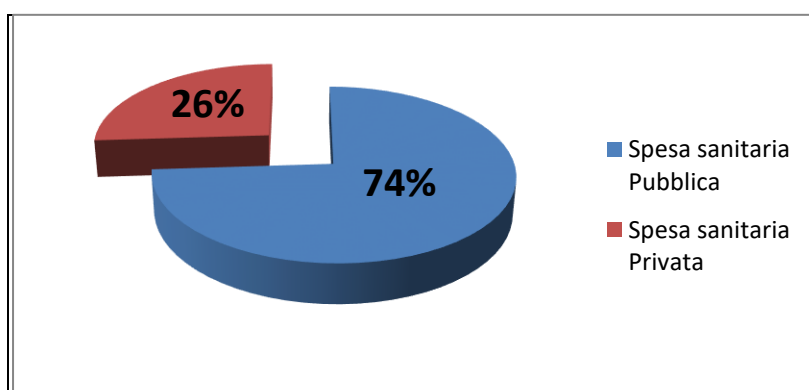
Per quanto riguarda, in particolare, il settore sanitario, dal 49° Rapporto **CENSIS**, pubblicato il 3 dicembre 2015, emerge che tra tutti i settori della Pubblica Amministrazione, è uno di quelli maggiormente esposto alle pratiche corruttive. Il 44% degli italiani riteneva che tangenti e abusi di potere siano diffusi all'interno del Sistema sanitario: un dato decisamente superiore alla media europea (33%). Quando però si chiese a quelli che nell'ultimo anno avevano avuto a che fare con il sistema sanitario nazionale se avevano dovuto effettuare un pagamento extra o offrire regali di valore a medici o infermieri, le risposte positive scendevano al 4%. Nel 2014 e nei primi sei mesi del 2015 la Guardia di Finanza accertò un danno per l'erario superiore a 5,7 miliardi di euro; di questi, i danni erariali in materia sanitaria assommavano a 806 milioni di euro, pari al 14,1% del totale.

Dai dati raccolti dal Global Corruption Barometer 2016 di Transparency International Italia si desumeva che, il 63% degli italiani pensava come negli ultimi quattro anni la corruzione non fosse diminuita, e nell'ultimo anno ben 2 milioni e mezzo di italiani ammettevano di aver pagato una mazzetta nell'ambito dei servizi pubblici e tra questi 1 milione e 600.000 per un servizio sanitario; mentre la coeva indagine del Censis rilevava che il 28,8% degli italiani pensava che fosse necessario avere una comunicazione trasparente dei costi e delle prestazioni del welfare in maniera tale da poter confrontare le spese e limitare gli sprechi. Alla base dei ragionamenti c'era una mancanza di fiducia nel modo in cui i soggetti erogatori dei servizi gestiscono il denaro pubblico, tanto che il 55,9% degli italiani dubitava della gestione delle risorse da parte degli ospedali convenzionati e il 45,4% dubitava riguardo agli ospedali pubblici.

Il **Rapporto CENSIS**, nella 52ª edizione interpreta i più significativi fenomeni socio-economici del Paese nella fase di attesa di cambiamento e di deludente ripresa che stiamo attraversando. Le considerazioni generali introducono il Rapporto descrivendo la transizione da un'economia dei sistemi a un ecosistema degli attori individuali, verso un appiattimento della società. Nella seconda parte, La società italiana al 2018, vengono affrontati i temi di maggiore interesse emersi nel corso dell'anno 2018: le radici sociali di un sovranismo psichico, prima ancora che politico, le tensioni alla convergenza e le spinte centrifughe che caratterizzano i rapporti con l'Europa, gli snodi da cui ripartire per dare slancio alla crescita. Nella terza e quarta parte si presentano le analisi per settori: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti e i processi economici, i media e la comunicazione, la sicurezza e la cittadinanza.

Per quanto concerne la sanità, dal Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentato il 6 giugno 2018 al “**Welfare Day 2018**”, emerge una tendenza a un Sistema sanitario “misto”.

Nel Sistema Sanitario italiano viene a palesarsi un'integrazione pubblico-privato nel finanziamento dei bisogni di cura dei cittadini italiani. A fronte di una spesa sanitaria complessiva, di oltre 154 miliardi di euro: il contributo pubblico è del 74%, mentre quello diretto da parte dei cittadini è del 26%.



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Corte dei Conti e su dati Istat

Sale a 39,7 miliardi di euro la spesa di tasca propria degli italiani per la sanità (+9,6% nel periodo 2013 -2017) che pesa di più sulle famiglie a basso reddito, dove la tredicesima di un operaio se ne va in cure sanitarie per sé e i familiari. In particolare, dei 39,7 miliardi di euro la spesa privata, 19,5 miliardi di euro sono stati impiegati per l'erogazione di prestazioni sanitarie nei campi della specialistica, della diagnostica e dell'odontoiatria, 16,6 miliardi di euro per l'acquisto di farmaci e 3,6 miliardi di euro per i restanti beni e servizi sanitari.

È emerso ancora come, 13 milioni di italiani hanno detto stop alla mobilità sanitaria fuori regione, "ognuno si curi a casa propria", è questa una delle reazioni alla sanità percepita come ingiusta, il sintomo del rancore di chi vuole escludere e punire gli altri per non vedersi sottrarre risorse pubbliche per sé e i propri familiari e in 21 milioni di italiani hanno ritenuto giusto limitare le risorse pubbliche per le persone con stili di vita nocivi, come i fumatori, gli alcolisti, i tossicodipendenti e gli obesi, anzi sostennero addirittura che sarebbe stato giusto penalizzare con tasse aggiuntive o limitazioni nell'accesso alle cure del Servizio sanitario queste persone che compromettono la propria salute a causa di stili di vita nocivi. Inoltre, dal suddetto rapporto Censis è emersa una percezione, da parte degli italiani, di una sanità ingiusta, poiché:

- il 68% degli occupati ha dichiarato che ha dovuto assentarsi dal lavoro per recarsi presso Strutture sanitarie pubbliche, perché quest'ultime erano chiuse in orari non lavorativi;
- 12 milioni di italiani hanno saltato le lunghe liste d'attesa nel Servizio Sanitario grazie a conoscenze e raccomandazioni;
- il 54,7% degli italiani era convinto che non si hanno più opportunità di diagnosi e cura uguali per tutti.

Il **Rapporto CENSIS**, nella 53ª edizione, presentato il 6 dicembre 2019, definisce i più significativi fatti socio-economici del Paese nella fase di eccezionale trasformazione che stiamo vivendo da un decennio. Le Considerazioni generali introducono il Rapporto descrivendo i soggetti e i processi per arginare la deriva verso il basso. Nella seconda parte "La società italiana al 2019" vengono affrontati i temi di maggiore interesse emersi nel corso dell'anno in una società ansiosa e macerata dalla sfiducia. Nella terza e quarta parte si presentano le analisi per settori: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti e i processi economici, i media e la comunicazione, la sicurezza e la cittadinanza. In particolare, per quanto riguarda il settore "sanità" emerge come il rapporto degli Italiani con la sanità è sempre più improntato ad una logica combinatoria; infatti, si rivolgono sia al Servizio Sanitario Nazionale, che a Operatori e Strutture private, a pagamento. Nell'ultimo anno il 62% degli Italiani che ha effettuato almeno una prestazione nel pubblico ne ha svolta anche almeno una nella sanità a pagamento. E' risultato che ci si rivolge al di fuori del SSN sia per motivi soggettivi, per il desiderio

di avere ciò che si vuole nei tempi e nelle modalità preferite e sia per le difficoltà di accedere al pubblico a causa di liste d'attesa troppo lunghe. Nell'ultimo anno su 100 prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza che i cittadini hanno provato a prenotare nel pubblico ben 27,9 sono transitate nella sanità privata. Per l'81,5% degli Italiani la spesa sanitaria privata pesa molto o abbastanza sul bilancio familiare; nel dettaglio il 77,8% di chi risiede nel Nord-Ovest, il 76,5% nel Nord-Est, l'82,5% nel Centro e l'86,2% di chi risiede al Sud.

Nella **54ª edizione, il Rapporto CENSIS**, presentato in diretta streaming il 4 dicembre 2020, interpreta i più significativi fenomeni socio-economici del Paese nella fase di eccezionale incertezza che stiamo vivendo. Le Considerazioni generali introducono il Rapporto descrivendo la giravolta della storia, ma anche il geniale fervore degli italiani da cui traspira il nuovo. Nella seconda parte, La società italiana al 2020, l'anno della paura nera, vengono affrontati i temi di maggiore interesse emersi nel sistema-Italia, le scorie dell'epidemia e quello che resterà dopo lo stato d'eccezione. Nella terza e quarta parte si presentano le analisi per settori: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti e i processi economici, i media e la comunicazione, la sicurezza e la cittadinanza.

Nel capitolo dedicato al "Sistema di Welfare" si legge come il Servizio Sanitario Nazionale si è presentato all'appuntamento con l'emergenza del Covid-19 piuttosto fragile. Non solo perché ha scontato una impreparazione sistemica rispetto alla prevenzione delle epidemie, ma anche perché nel tempo è stato minato nelle sue basi economiche e umane. Nel 2019 la spesa pubblica per la sanità ammontava a 116 miliardi di euro, quella pro capite a 1.922 euro. Per entrambe l'andamento nel decennio è stato negativo, con un calo in termini reali rispettivamente dell'1,6% e del 3,3%. L'esito è un impegno pubblico nella sanità inferiore rispetto a quello di altri Paesi europei. Altro dato interessante che il Rapporto CENSIS del 2020 ha messo in evidenza è il "Rischio generazione zero figli". La sezione riservata alla Sanità si conclude con l'auspicio di una assistenza socio-sanitaria integrata sui territori. Per il CENSIS il fallimento della residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale per gli anziani è stato uno dei capitoli più drammatici dell'emergenza sanitaria, tanto che per il 66,9% degli italiani si sapeva che tante case di riposo non garantivano agli ospiti adeguati standard di sicurezza e di qualità della vita. Nel post Covid-19 diventa prioritario attivare reti integrate di assistenza per affiancare le famiglie troppo spesso lasciate sole nell'assistenza di malati cronici o non autosufficienti. La soluzione passa attraverso la figura dell'infermiere di comunità o di famiglia. Ben il 91,4% degli italiani la ritiene la soluzione migliore per l'assistenza e la cura di persone bisognose di terapie domiciliari e riabilitative.

Mentre la **55ª edizione del Rapporto CENSIS sulla situazione sociale del Paese al 2021**, presentato in diretta streaming il 3 dicembre 2021, interpreta i più significativi fenomeni socio-economici del Paese nella fase di transizione che stiamo attraversando. Le considerazioni generali introducono il Rapporto descrivendo uno sviluppo più per progetto che per continuato adattamento, che richiede un lavoro di autocoscienza, individuale e collettiva. Nella seconda parte, la società italiana al 2021, vengono affrontati i temi di maggiore interesse emersi nel corso dell'anno: l'irrazionalità che ha infiltrato il tessuto sociale, il rimbalzo dell'economia nella scarsità del capitale umano, gli effetti di svigorimento dello stato di sospensione continuata. Nella terza e quarta parte si presentano le analisi per settori: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti e i processi economici, i media e la comunicazione, la sicurezza e la cittadinanza. In particolare, è emerso come nel tessuto sociale del nostro Paese, accanto alla maggioranza ragionevole e saggia si leva un'onda di irrazionalità. Infatti, per il 5,9% degli italiani, circa 3 milioni di persone, il Covid semplicemente non esiste, per

il 10,9% di loro il vaccino è inutile ed inefficace e per il 31,4% è un farmaco sperimentale e le persone che si vaccinano fanno da cavie. Ancora il 12,7% degli italiani ritiene che la scienza produce più danni che benefici. Si osserva una irragionevole disponibilità a credere a superstizioni premoderne, pregiudizi antiscientifici, teorie infondate e speculazioni complottiste. Dalle tecnofobie: il 19,9% degli italiani considera il 5G uno strumento molto sofisticato per controllare le menti delle persone. Al negazionismo storico-scientifico: il 5,8% è sicuro che la Terra sia piatta e il 10% è convinto che l'uomo non sia mai sbarcato sulla Luna. La teoria cospirazionistica del «gran rimpiazzamento» ha contagiato il 39,9% degli italiani, certi del pericolo della sostituzione etnica: identità e cultura nazionali spariranno a causa dell'arrivo degli immigrati, portatori di una demografia dinamica rispetto agli italiani che non fanno più figli, e tutto ciò accade per interesse e volontà di presunte opache élite globaliste. L'irrazionale ha infiltrato il tessuto sociale, sia le posizioni scettiche individuali, sia i movimenti di protesta che nel 2021 hanno infiammato le piazze, e si è ritagliato uno spazio non modesto nel discorso pubblico, conquistando i vertici dei "trending topic" nei "social network", scalando le classifiche di vendita dei libri, occupando le ribalte televisive. Nel capitolo dedicato al "Sistema di Welfare" si legge come il 77,0% degli italiani valuta adeguato l'operato del Servizio Sanitario Nazionale da quando è iniziata l'emergenza sanitaria. Accanto al riconoscimento dell'eccezionale sforzo compiuto, stanno maturando le aspettative dei cittadini sulla sanità post-Covid. Infatti, il 94,0% della popolazione ritiene indispensabile avere sul territorio strutture sanitarie di prossimità, con Medici di medicina generale, Specialisti e Infermieri cui potersi rivolgere sempre in caso di bisogno. Inoltre, il 93,2% degli italiani chiede un incremento stabile dei finanziamenti pubblici e per il 70,3% di loro è prioritario un più ampio ricorso al digitale e alla telemedicina per effettuare controlli, diagnosi e cure a distanza. Le sintesi complete dei suddetti rapporti si possono leggere nel nostro PTPCT 2022 – 2024 (al link: <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-corrruzione/>).

Infine la **56^a edizione del Rapporto CENSIS sulla situazione sociale del Paese al 2022¹⁴**, presentato in diretta streaming il 2 dicembre 2022, interpreta i più significativi fenomeni socio-economici del Paese nella fase di crisi che stiamo attraversando. Le Considerazioni generali introducono il Rapporto descrivendo una società che vive in una sorta di latenza di risposta, sospesa tra i segnali dei suoi sensori e la mancata elaborazione di uno schema di funzionamento. Nella seconda parte, la società italiana al 2022, vengono affrontati i temi di maggiore interesse emersi nel corso dell'anno: il ciclo del post-populismo, l'ingresso in una nuova età dei rischi, il costo dei grandi eventi della storia, l'inceppamento dei meccanismi proiettivi e la malinconia sociale, il riposizionamento latente del sistema economico. Nella terza e quarta parte si presentano le analisi per settori: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti e i processi economici, i media e la comunicazione, la sicurezza e la cittadinanza. Nel rapporto si legge come i grandi eventi della storia hanno fatto irruzione nelle microstorie delle vite individuali. Infatti il 61% degli italiani teme che possa scoppiare il terzo conflitto mondiale, il 59% teme il ricorso alla bomba atomica e il 58% ha paura che l'Italia entri in guerra. Secondo tale Istituto di ricerca socio-economica siamo di fronte ad una nuova età dei rischi dove "emerge una rinnovata domanda di prospettive di benessere e si levano autentiche istanze di equità. Quella del 2022 non è una Italia sull'orlo di una crisi di nervi: si cerca una profilassi per l'immunizzazione dai pericoli correnti, ma i meccanismi proiettivi, che spingevano

¹⁴ Cfr. con: <https://www.censis.it/rapporto-annuale/56%C2%B0-rapporto-sulla-situazione-sociale-del-paese2022>

le persone a fare sacrifici per essere migliori, adesso risultano inceppati e la società indulge alla malinconia”.

In particolare, il CENSIS nel paragrafo dedicato alla Sanità dal titolo “Sanità senza medici e infermieri” evidenzia come mentre nel decennio 2010-2019 il Fondo sanitario nazionale ha registrato un incremento medio annuo dello 0,8%, passando da 105,6 a 113,8 miliardi di euro, nel 2020 è aumentato a 120,6 miliardi, con un incremento medio annuo dell’1,6% nel periodo 2020-2022 dovuto alle misure per fronteggiare l’emergenza Covid. Il Censis continua ritenendo che l’incidenza del finanziamento del Sistema sanitario nazionale scenderà al 6,2% del Pil nel 2024, era il 7,3% nel 2020. Dal 2008 al 2020 il rapporto medici/abitanti in Italia è diminuito da 19,1 a 17,3 ogni 10.000 residenti, e quello relativo agli infermieri da 46,9 a 44,4 ogni 10.000 residenti. L’età media dei 103.092 medici del Ssn è di 51,3 anni, 47,3 anni quella degli infermieri. Il 28,5% dei medici ha più di 60 anni e un numero consistente si avvicina all’età del pensionamento. L’Istituto di ricerca conclude affermando che si stima che, nel quinquennio 2022-2027, saranno 29.331 i pensionamenti tra i medici dipendenti del Ssn, 21.050 tra il personale infermieristico e pertanto dei 41.707 medici di famiglia, saranno 11.865 ad andare in pensione, pari a 2.373 l’anno.

Il primo rapporto “**Curiamo la corruzione**”, del 2016, realizzato da Transparency Italia, Censis, ISPE-Sanità e RiSSC, rilevava che un’azienda sanitaria su tre negli ultimi cinque anni aveva registrato al proprio interno fenomeni di tangenti e che quasi l’ottanta per cento dei dirigenti sanitari riteneva che nella propria struttura il rischio fosse concreto, soprattutto nel settore degli appalti e delle assunzioni del personale.

I rapporti dei due anni successivi, finora gli unici disponibili, e di cui si possono leggere le sintesi esposte nel nostro PTPCT 2021 – 2023 (al link: <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-corruzione/>).

1.5.7.2 Rapporti Eurispes sulla Corruzione in Italia

Il “Rapporto **Eurispes** sulla Corruzione in Italia”, presentato il 10 gennaio 2019, afferma che la Corruzione reale è minore a quella percepita, perché il lavoro della Magistratura, che denuncia e condanna, fa vedere la Corruzione reale, ma nell’opinione pubblica genera l’idea che il fenomeno sia più vasto e pertanto è vero che la di Corruzione c’è, ma è altrettanto vero che viene e deve essere combattuta con armi più appropriate. Giovanni Tartaglia Polcini, magistrato e componente scientifico di Eurispes, spiega che “più si perseguono i fenomeni corruttivi sul piano della prevenzione e su quello della repressione, maggiore è la percezione del fenomeno”. In altri termini, più ci sono notizie di fatti corruttivi, più si alza il sentimento di insicurezza del Paese su questi argomenti. Nella ricerca dell’Eurispes sulla “corruzione tra realtà e rappresentazione” viene sottolineato come il sistema giuridico italiano è caratterizzato da alcune peculiarità ordinamentali: l’autonomia del pubblico ministero, l’indipendenza della Magistratura in genere, l’obbligatorietà dell’azione penale, l’assoluta libertà di stampa in ordine alla pubblicazione anche delle notizie di reato fin dalle prime battute dell’indagine. In altri Paesi l’azione penale è discrezionale e la Magistratura sottoposta al potere esecutivo. Per gli approfondimenti su questi argomenti facciamo ancora rimando al PTPCT 2021-2023 dove sono contenute sottolineature del citato “Rapporto Eurispes” e osservazioni del Presidente del medesimo Istituto Gian Maria Fara e vari interventi dell’allora Presidente dell’ANAC Dottor Raffaele Cantone negli anni 2017-2018 che sottolineava l’attenzione particolare delle organizzazioni criminali mafiose verso il mondo

della Sanità. Cfr. link: <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-corrruzione/>.

Giacché il ricordato avvento della pandemia da Coronavirus ad inizio 2020 ha determinato un nuovo orizzonte per la vita dei cittadini e per le attività delle Amministrazioni Pubbliche trattiamo adesso degli ultimi due **Rapporti EURISPES**.

Il “**Rapporto EURISPES**”, giunto nel 2020 alla 32^a edizione è diventato nel tempo un apprezzato punto di riferimento per gli Studiosi, per le Istituzioni, per il sistema dell’informazione e per gli osservatori internazionali. Il Rapporto, per scelta metodologica, si costruisce ogni anno attorno a sei dicotomie, illustrate attraverso altrettanti saggi accompagnati da sessanta schede fenomenologiche. Vengono affrontati, quindi, attraverso una lettura duale della realtà, temi che l’Istituto ritiene rappresentativi della attualità politica, economica e sociale del nostro Paese.

Ad arricchire il Rapporto 2020, ecco le indagini a campione, che hanno sondato alcuni dei temi tradizionalmente proposti dall’Ente e altri di recente interesse: la fiducia nelle Istituzioni, l’opinione su alcune delle misure proposte o introdotte dal Governo, la situazione economica delle famiglie e i consumi, l’immigrazione e l’accoglienza, la legalizzazione della cannabis, il mondo degli animali, le nuove abitudini alimentari, il carico fiscale e i servizi al cittadino, l’evasione, l’uso delle sigarette elettroniche e dei nuovi dispositivi senza combustione, i consumi alimentari di qualità, la sicurezza nelle città, lo stalking e il revenge porn, la sensibilità ambientale, la salute e l’uso dei farmaci, l’informazione attraverso i media, l’antisemitismo, l’educazione e la memoria storica. Nel Rapporto 2020 vengono, inoltre, affrontati attraverso le schede fenomenologiche diversi altri temi di persistente attualità come, ad esempio, il caporalato e la tratta degli esseri umani, i fenomeni migratori, la capacità di innovazione del Made in Italy, la moda sostenibile, l’evoluzione tecnologica in medicina e i suoi riflessi sulla salute delle persone, l’agricoltura 4.0, l’artigianato, le energie rinnovabili “condivise”, il fenomeno dell’usura, la digitalizzazione del mercato dei giocattoli, l’editoria, i giovani e la musica, i cambiamenti climatici, la comunicazione veicolata attraverso i Social Network, gli investimenti Italia-Cina, gli E-Sport, la questione meridionale.

L’Eurispes nel 2019 aveva approfondito il concetto di “Responsabilità”, scelto come “parola chiave”, per sottolineare, in particolare per la sua mancanza, che ad Eurispes pareva contraddistinguere le tendenze sociali, economiche, politiche e culturali in atto nel Paese, rendendo più che mai il concetto di estrema attualità, perché chiama in causa ognuno di noi: tutti devono sentirsi chiamati ad avere Responsabilità verso sé stessi, i propri figli, il Paese nel suo insieme.

L’Istituto, il 15 marzo 2021, in un articolo mise in evidenza come ad un anno dal primo lockdown, con 11 Regioni che tornavano rosse ed una media di più di 20mila nuovi casi al giorno, il contagio si imponeva quasi con la stessa forza e come di fronte tali drammatici numeri, con il superamento della soglia dei 100mila decessi complessivi, il neo Presidente del Consiglio Draghi annunciasse nuove restrizioni in vista della svolta nella campagna vaccinale.

Nel “**Rapporto EURISPES Italia 2021**”, presentato il 13 maggio 2021, ripropone 6 capitoli, che offrono una lettura dicotomica della singola realtà esaminate: Continuità/Frattura, Oikos/Kosmos, Sostenibilità/Insostenibilità, Scienza/Coscienza, Salute/Malattia e Meridione/Settentrione, illustrate attraverso saggi e 60 schede fenomenologiche ciascuno. Il **Rapporto 2021**, è stato incrementato da indagini a campione, e che sondano alcuni dei temi tradizionalmente proposti e altri di recente interesse quali: la fiducia nelle Istituzioni, l’opinione su alcune delle misure proposte o introdotte dal Governo, la situazione economica delle famiglie

e i consumi, l'idea di futuro tra i giovani, gli stereotipi e il politicamente corretto, i temi etici, gli stereotipi su Nord e Sud dell'Italia, l'informazione attraverso i media, lo stalking, la salute mentale e l'uso dei farmaci, il mondo degli animali, le nuove abitudini alimentari, lo smart working, il cambiamento delle abitudini a causa della pandemia.

Si aggiungono schede fenomenologiche su altri temi di stretta attualità come, ad esempio, i fenomeni migratori, la capacità di innovazione del Made in Italy, la moda sostenibile, la comunicazione veicolata attraverso i Social Network, gli E-Sport, la questione meridionale, le professioni del futuro, la valorizzazione del capitale umano, il fisco e le possibili riforme, la robotica e l'industria 4.0, la moda etica, la Scuola in digitale, gli alunni con bisogni educativi speciali, le smart cities e le nuove esigenze abitative, le infrastrutture. Eurispes ha scelto come "concetto chiave" il "Futuro" per sottolineare che la costruzione degli scenari un'idea di futuro possibile, un sistema di valori di riferimento, un pensiero forte in grado di guidare le nostre azioni di oggi verso una direzione ben precisa.

Nelle considerazioni generali che aprono il Rapporto **il Presidente dell'Eurispes, Gian Maria Fara**, ha voluto sottolineare come "La pandemia ha messo in discussione valori, interessi, scelte, etiche, priorità, prospettive. Ha ridisegnato alleanze, confini politici, rapporti tra Stati. Ha imposto nuovi percorsi economici e sociali. Ha messo in risalto fragilità e ritardi del sistema, inefficienze e incapacità nella gestione della complessità. Ha mostrato il fallimento delle pretese taumaturgiche delle autonomie regionali. Ma, soprattutto, ha fatto emergere la necessità di ricostruire una identità statale compressa negli anni da una devoluzione verso il basso, le Regioni, e verso l'alto, l'Europa. Nello stesso tempo, ha archiviato l'idea che i cittadini possano sostituire efficacemente le Istituzioni politiche. Il Paese dis-organizzato, così come è oggi, non è in grado di sostenere le sfide che la pandemia ha lanciato. Senza una pacifica "rivoluzione culturale" saremo destinati all'oblio, ad una deriva dell'esserci senza essere, alla perdita di quel tanto di identità rimasta. In questo senso, valgono ancor oggi gli ammonimenti di uno dei padri della programmazione strategica, Hazan Özbekhan, co-fondatore e primo direttore del Club di Roma, 1968: «Programmare non è proiettare il presente nel futuro, ma l'opposto, avere una idea di futuro da innestare nel presente»." Sulla condizione economica dell'Italia e quella familiare, secondo le rilevazioni dell'Eurispes 2021, otto italiani su dieci (79,5%) avvertono un peggioramento (netto 54,4% o in parte 25,1%) dell'economia nazionale negli ultimi dodici mesi.

A seguito di una grande indagine internazionale, promossa da un gruppo di esperti appartenenti a diversi enti, ove per l'Italia è l'Eurispes, è emerso che l'idea sul futuro e sui valori della vita dei giovani tra i 18 e i 30, prima e dopo la pandemia, sono fortemente orientati verso ambiti che riguardano la vita sociale e privata, evidenziando, invece, una lontananza rispetto ai valori politici e a quelli spirituali. **Spiega il Presidente dell'Eurispes:** "Il Covid-19 ha brutalmente messo a nudo le criticità alla base della costruzione Comunitaria ed evidenziato la necessità e l'urgenza di un cambio di strategia. Nello stesso tempo, il Covid ha salvato l'Unione europea perché l'ha costretta ad intervenire su punti di acuta sofferenza dei cittadini: l'economia, il lavoro e la salute. Il Covid ha anche rimesso in discussione le logiche finanziarie che avevano guidato l'azione della Ue negli ultimi anni e ha fatto capire come l'economia e la finanza non possano essere lasciate sole a decidere del destino di popoli e nazioni, e come gli Stati, e in questo caso l'Europa, nel loro insieme possano e debbano intervenire di fronte ad emergenze epocali, ma non solo."

Sul punto facciamo rimando al PTPCT 2022-2024 dove ci si era soffermati sulla salute mentale della popolazione italiana a seguito del Covid. Cfr. link: <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-corruzione/>

Infine anche l'ultimo "**Rapporto EURISPES Italia 2022**"¹⁶, presentato il 26 maggio 2022, ruota attorno a sei capitoli, ove ogni capitolo è illustrato attraverso 6 saggi e 60 schede fenomenologiche. Vengono affrontati, quindi, attraverso una lettura duale della realtà, temi che l'Istituto ritiene rappresentativi della attualità politica, economica e sociale del nostro Paese. Le **dicotomie tematiche** individuate per il **Rapporto Italia 2022** sono: conservazione/cambiamento; presenza/assenza; arretratezza/modernità; ordinario/straordinario; moneta/monete; universo/metaverso. Ad arricchire il 34° Rapporto sono le indagini campionarie che hanno sondato alcuni dei temi tradizionalmente osservati dall'Eurispes: la fiducia nelle Istituzioni; il Presidenzialismo; i conflitti internazionali e la crisi energetica; la situazione economica delle famiglie e i consumi; il sistema della giustizia; le nuove tecnologie; l'opinione sui temi etici; il rapporto con il mondo animale e numerosi altri contenuti di stretta attualità.

Nelle considerazioni generali che aprono il Rapporto il Presidente dell'Eurispes, Gian Maria Fara, ha voluto sottolineare: "Mai avremmo pensato di dover presentare il Rapporto Italia in una situazione segnata dal sommarsi della emergenza della pandemia del Covid, una tragedia che continua a mietere centinaia di vittime ogni giorno, con l'emergenza della guerra che si è aperta inaspettatamente nel nostro continente. Come comunità italiana dobbiamo oggi riflettere anche per prendere coscienza dei limiti dei nostri sistemi conoscitivi. Un dato è certo: le due emergenze si sono rivelate al mondo come fatti sorprendenti, inattesi, imprevedibili. Questo è il punto su cui riflettere, pensando a quanto sia controproducente e lontana da ogni riferimento etico la posizione di chi ha giustificato i propri evidenti limiti di analisi, conoscenza e previsione, definendo queste emergenze semplicemente delle "sorprese strategiche maggiori". Nel passaggio storico che stiamo vivendo, **conclude il Presidente dell'Eurispes**, "occorre operare per la costruzione di una "Buona Società". Ciò significa, al di là di ogni possibile rigurgito o tentazione ideologica, agire per la identificazione e condivisione del punto di equilibrio di una vera coesione sociale. Un nuovo patto sociale che si basi sulla affermazione o, meglio, sulla riaffermazione di quei valori umani indicati dalla Costituzione italiana sui rapporti etico-sociali; valori esplicitati come diritti e doveri alla solidarietà, come responsabilità verso sé stessi e gli altri, come apertura al merito.

Questi ultimi due anni segnati prima dalla pandemia e poi dalla guerra in Ucraina, hanno messo a dura prova il Paese ma, nello stesso tempo, hanno evidenziato la sua capacità, talora inattesa, di resistere e il valore di alcune sue componenti. E questo nonostante ci sia una politica che non rinuncia agli antichi vizi e irresponsabilmente rema contro la stabilità ricercata nell'attuale momento di crisi ed emergenza dal Governo e dal Presidente della Repubblica. C'è evidentemente un'Italia che funziona, che è in grado di esprimere una elevata qualità di azione. Insomma, "un'Italia che c'è", è pronta. È da qui si può ripartire".

Alla domanda posta da Eurispes su come si sia modificato nell'ultimo anno il livello della fiducia dei cittadini nei confronti delle Istituzioni, sia pubbliche sia private, che operano nel nostro Paese su diversi livelli, tre cittadini su dieci, il 30,3%, hanno riferito una diminuzione della propria fiducia, mentre solo uno su dieci ha indicato un aumento (10,1%). Entrando nel dettaglio delle singole Istituzioni, alcuni dei risultati dell'indagine dell'Eurispes hanno prodotto i seguenti

¹⁶ Cfr.: <https://eurispes.eu/news/risultati-del-rapporto-italia-2022>

risultati in termini di fiducia: il Presidente Sergio Mattarella mantiene il consenso già espresso dagli italiani negli anni scorsi (55,6%); il Parlamento raccoglie poco più di un quarto dei consensi presso i cittadini (25,4%); per l'Esecutivo i fiduciosi rappresentano più di tre terzi degli italiani (35,1%); alla Magistratura si affidano circa quattro cittadini su dieci (41,3%). I sostenitori dei Presidenti di Regione sono il 38,2%. La maggioranza degli italiani esprime fiducia nei confronti dei Carabinieri (55%); positivo anche il risultato della Guardia di Finanza (59,6%). Il 60,3% dei cittadini apprezza il lavoro della Polizia di Stato. La Marina Militare raccoglie il consenso di sette italiani su dieci, pari al 70,3%. L'Aeronautica Militare vede attestarsi il numero di quanti si dichiarano fiduciosi al 68,7%. L'Esercito Italiano ottiene il 66,5% dei consensi. L'Intelligence del nostro Paese ottiene il riconoscimento della maggior parte del campione del 56,6%. I Vigili del Fuoco si attestano all'85,8% dei giudizi positivi. La Polizia penitenziaria ottiene un consenso pari al 59%. La Polizia locale è apprezzata nel 43,3% dei casi. La Scuola è al 71% dei consensi. Un risultato simile a quello dell'Università del 75,1%. La Protezione civile raggiunge un gradimento del 79%. Molto apprezzate anche le Associazioni di volontariato, pari al 70,7%. Il gradimento nei confronti dei Sindacati arriva al 45,2%, mentre i partiti sono al 29,1% e la Pubblica amministrazione al 39,7%.

Con riferimento alla salute e al sistema sanitario è emerso come diffuse sono state le rinunce e l'impossibilità di curarsi. In particolare il 44% degli italiani afferma di aver evitato di far visite di controllo nel corso dell'ultimo anno per non frequentare luoghi a rischio di contagio Covid ed il 42,4% ha incontrato difficoltà per essere visitato dal medico di base. Un terzo dei cittadini, perciò il 33,3%, si è visto rimandare un intervento chirurgico o una terapia per indisponibilità delle strutture sanitarie, una quota di poco inferiore (31,8%) ha incontrato difficoltà a trovare assistenza sanitaria dopo aver contratto il Covid, il 28,5%, quando ha avuto un problema di salute, ha rinunciato a visite e/o esami per timore di contagiarsi nelle strutture sanitarie.

1.5.8 Conclusioni sul contesto esterno con riferimento al rischio corruttivo

L'analisi condotta per la predisposizione di questo Piano evidenzia un contesto esterno caratterizzato dall'assenza di elementi critici capaci di influire negativamente sul livello di rischio corruttivo. Infatti, le caratteristiche socio-economiche e culturali del "bacino" d'utenza rappresentano ancora un punto di forza nella misura in cui costituiscono una sorta di barriera naturale all'infiltrazione e al radicamento di fenomeni, come quelli della criminalità organizzata e del degrado etico-culturale, che favoriscono il diffondersi della corruzione, sebbene, come segnalato dalle Autorità Giudiziarie citate nelle pagine dedicate al "contesto esterno" alla CN1, occorra stare in guardia, perché l'inconsapevolezza del pericolo non permetta alla criminalità associata di permeare la società civile.

Analoghe considerazioni valgono per il contesto interno, che, al pari di quello esterno, non evidenzia criticità specifiche ed ulteriori rispetto a quelle tipicamente insite nel mondo della Sanità per la natura delle attività svolte e per la tipologia dei processi seguiti. L'ASL opera, infatti, in un settore, quello dei servizi sanitari, che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche, che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che lo espongono a rischi specifici per le potenziali fattispecie di illegalità, che possono svilupparsi. Peraltro, come già sottolineato, si è davanti a rischi comuni a tutte le Aziende Sanitarie che i peculiari contesti esterno e interno non

contribuiscono ad aggravare, ma all'opposto a mitigare. Concorre inoltre a mitigare ulteriormente l'esposizione al rischio la circostanza che la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda sono presidiati da norme di legge, di livello statale e/o regionale, da regolamenti, procedure, istruzioni operative aziendali, che disciplinano in modo puntuale tutte le fasi dei singoli processi, delimitando e riducendo l'ambito di discrezionalità e prevenendo, al contempo, la possibilità di errori involontari da parte degli operatori e dei funzionari.

Altri fattori di compressione del rischio di fatti corruttivi, la gestione informatizzata della maggior parte dei processi attraverso applicativi, che assicurano la tracciabilità delle operazioni e dei soggetti responsabili, e il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile e del rispetto dei vincoli di spesa, dei processi avviati. Si inseriscono in questo alveo anche i numerosi servizi on-line agli utenti, fra i quali particolare rilievo assumono l'attivazione presso l'Azienda del "Fascicolo sanitario elettronico"; oramai da 6 anni, l'obbligo esclusivo di pagamento con sistemi elettronici presso tutte le Casse aziendali; anche l'introduzione ormai consolidata di canali distinti di prenotazione delle prestazioni ordinarie e di quelle in libera professione *intra-moenia* e la gestione delle liste di prenotazione dell'attività ordinaria all'interno del Sistema del CUP Regionale. Tuttavia, l'emergenza economica indotta dalla pandemia e l'introduzione di semplificazioni nelle procedure di gara, imposte dalla necessità di far fronte in tempi di abbreviati ad esigenze nuove ed inusitate, come segnalato da più Autorità Nazionali obbliga ad una particolare vigilanza sulla possibile infiltrazione nel tessuto della Sanità Pubblica di soggetti economici collusi con la criminalità.

Baluardi a presidio della legalità, il Sistema di controlli interni e il Sistema Qualità, da tempo adottati dalla CN1, l'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC) e dell'istituzione, fin dall'avvento della CN1, ossia da 16 anni, dell'Ufficio Ispettivo.

PUNTI DI FORZA (Interni alla CN1)	PUNTI DI DEBOLEZZA (Interni alla CN1)
• Clima interno caratterizzato da un generale buon livello di sensibilità ai temi della legalità e dell'etica pubblica. • Elevato grado di informatizzazione dei processi maggiormente esposti a rischio. • Procedimentalizzazione di tutti i settori di attività. • Analisi partecipata delle attività e valutazione del rischio corruttivo di tutti i settori dell'Azienda. • Mappatura completata dal 2017 di tutti i procedimenti amministrativi. • Analisi più dettagliata e approfondita, via via incrementata, di singole fasi e attività di alcuni processi. • Conclusione del Percorso attuativo di Certificabilità dei Bilanci (PAC) con adozione nel 2017 del "Libro", del quale è stata redatta nel 2019 la "2^a edizione aggiornata per dar conto di cambiamenti normativi e regolamentari, che offre le procedure e gli strumenti sulla cui applicazione sono avviati da fine 2017 incontri di verifica a cadenza ordinariamente	• Complessità e dimensioni, anche territoriali, dell'Azienda che ostacolano la comunicazione, la vigilanza, i controlli e lo sviluppo del senso di appartenenza. • Eterogeneità delle componenti del personale dell'Azienda. • La revisione dell'assetto organizzativo con la progressiva applicazione dell'Atto Aziendale che ha comportato una redistribuzione delle competenze e delle responsabilità, anche a livello interaziendale. • Resistenza all'attuazione di misure percepite come adempimenti burocratici. • Limitatezza di risorse da destinare all'attività di gestione del rischio e all'implementazione delle misure di prevenzione. • Possibili carenze nei controlli preventivi sull'affidamento di forniture causate da esigenze d'urgenza negli anni di piena pandemia da Corona Virus.

semestrale, solo nel 2020 e 2021 per effetto della pandemia se ne tenuto solo uno a fine anno. Infine il “Libro del PAC” è stato aggiornato con Delibera n.376 del 14/11/2022. • Alta conoscenza da parte del personale dei contenuti del Codice di Comportamento, come emerge dalle risposte del questionario del 2017. • Elevato livello di soddisfazione degli utenti esterni e interni per la qualità dei servizi offerti. • Adesione al Programma Nazionale Esiti (PNE) che, attraverso valutazioni comparative a livello nazionale sull’efficacia, la sicurezza, l’efficienza e la qualità delle cure, costituisce un importante strumento di miglioramento della performance. • Programmazione di iniziative mirate alla promozione della legalità nell’ambito del Piano di Comunicazione. • Programmazione di iniziative specifiche per la prevenzione della Corruzione nel Piano Formativo. • Gestione delle liste di prenotazione dell’attività ordinaria attraverso il CUP Regionale. • Separazione dei canali di prenotazione tra l’attività ordinaria e quella in Libera Professione Intramoenia.	
OPPORTUNITA’ (Esterne) • Società civile attiva sul territorio. • Tessuto sociale culturalmente orientato al rispetto delle regole. • Potenziamento del tavolo regionale di coordinamento e confronto tra i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e i Responsabili della Trasparenza delle Aziende Sanitarie Piemontesi. • Da parte delle istituzioni, della politica e dei media attenzione e rivalutazione dell’importanza dell’etica pubblica.	MINACCE (Esterne) • Complessità e carenza di coordinamento e coerenza della normativa. • Ridondanza e sovrapposizione di obblighi e adempimenti. • Interferenze e pressioni da parte di portatori di interessi particolari, individuali o di categoria. • Diffuso senso di sfiducia dei cittadini nei confronti della Pubblica Amministrazione e dei suoi operatori. • Condizionamenti culturali nei rapporti medico/paziente. • Retaggi culturali, che inducono a considerare la segnalazione di comportamenti illeciti e di cattiva amministrazione, come un atto di delazione, anziché come un atto di responsabilità e di manifestazione di senso civico. • Possibili infiltrazioni di soggetti economici collusi con la criminalità facilitati dall’allentamento dei controlli dovuto all’urgenza nell’affidamento di forniture per far fronte all’emergenza epidemiologica da Covid-19.

1.5.9 Esame del rapporto fra i Contesti Esterno e Interno e Misure di prevenzione della corruzione

Pur operando in un contesto esterno storicamente dal punto di vista socio-economico sostanzialmente improntato all'integrità, negli ultimi anni la Sanità piemontese, anche la Cuneese, è stata oggetto di indagini di Polizia Giudiziaria, che hanno messo in luce comportamenti preoccupanti e che hanno determinato ipotesi di ingente danno erariale. Infatti le Operazioni "Titanio I" e "Titanio II", alle quali hanno partecipato anche il Nucleo di Polizia Economico Finanziaria di Cuneo e la Procura della Repubblica di Cuneo con l'Autorità Giudiziaria di Torino, hanno fatto la luce nell'estate 2019 sulla complicità di un Dipendente dell'A.O. di Cuneo e di uno dell'A.O. "Città della Salute e della Scienza" di Torino con imprenditori per alterare ordini di materiale chirurgico, che avrebbero portato, oltre ai risvolti penali, alla **segnalazione alla Corte dei Conti di un danno all'erario, patito dalle due Aziende per circa 3 milioni di Euro.**

Nell'autunno 2020 l'Operazione "Molosso", condotta in varie Province piemontesi, ha fruttato provvedimenti cautelari a carico di 19 persone, delle quali vari dipendenti del SSN, e 5 società per turbativa d'asta, con gare truccate, frode e corruzione nell'ambito della fornitura di dispositivi medici, soprattutto impiantabili, di camici chirurgici sterili monouso, di distributori di divise e giacche in TNT e di prodotti e apparecchi chemioterapici, scoprendo ingenti danni patrimoniali ed economici all'intero SSN. Le notizie di stampa su quelle indagini indussero il Collegio Sindacale della CN1 a chiedere "informazioni su eventuali rapporti di fornitura con alcune Ditte e su gare per alcuni prodotti e sugli strumenti messi in campo per evitare che le Gare per le forniture dell'Azienda possano essere inficiate dai reati", che vanno dalla Corruzione, alla Turbativa d'Asta, alla Frode, sopra ricordati, "o da altre condotte delittuose".

Coinvolgendo le Strutture deputate agli acquisti ed alla gestione degli ordini di questa Azienda, nella seduta del 14/12/20, il RPCT ha illustrato la rete di presidi messi in campo per prevenire culturalmente e concretamente condotte di questo tipo

§ partendo dal "Codice di Comportamento dei Dipendenti dell'A.S.L. CN1", che alle indicazioni del DPR 62/2013 e, s.m.i. aggiunge molte "Specifiche Aziendali" più pertinenti all'attività svolta dalla CN1, ed insiste molto sull'"integrità", sull'emersione dei conflitti di interesse, ed è stato consegnato ed illustrato nelle sedute del Corso di base in materia di "Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione", che ha interessato la quasi totalità dei dipendenti nelle edizioni che si sono ripetute dal gennaio 2014, ed è anche costantemente consegnato, dalla SCI Gestione Risorse Umane a tutti i neoassunti, sia dipendenti che Specialisti ambulatoriali convenzionati;

§ passando per il Monitoraggio dell'attuazione del Codice di comportamento, per il quale RPCT coinvolge tutte le Strutture;

§ passando poi per le Iniziative di formazione e sensibilizzazione, che oltre al citato Corso "Anticorruzione e trasparenza", dal 2017 sono stati effettuati dei corsi "anticorruzione" per lo specifico settore degli appalti coinvolgendo un totale di 127 dipendenti; nell'autunno 2020, si sono proposti 2 Corsi sul "CONFLITTO DI INTERESSE", che la Struttura della Formazione ha accreditato ECM, uno rivolto principalmente Medici, Veterinari e Tecnici d'Ambiente del

Dipartimento di Prevenzione, il secondo a Medici e Dirigenti Sanitari ospedalieri, che sono proseguiti anche nel 2023 e sono stati aperti a tutti i dipendenti della CN1;

§ ricordando che il 16 maggio 2019 la “Giornata della Trasparenza 2019”, organizzata dall’A.S.L. CN1 e dall’A.O. S. Croce e Carle di Cuneo, aveva trattato il tema dei “Conflitti di interesse in Sanità”, con la “lezione” dell’esperta Dottoressa Nerina Dirindin, e le relazioni delle Direzioni Generali della Azienda;

§ arrivando al “Piano Attuativo della Certificabilità del Bilancio” le cui misure la CN1 ha raccolto nel “Libro del PAC”, approvato dalla Deliberazione n. 479 del 21/12/2017 a conclusione del “PERCORSO PAC”, un iter, guidato dalle indicazioni della Regione, che ha impegnato tutte le Strutture aziendali, secondo le loro competenze, dall’autunno 2013; il “Libro”, aggiornato con la Deliberazione n. 386 del 12/09/19 e aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n.376 del 14/11/2022, è pubblicato sulla Intranet aziendale ed espone procedure diffuse e seguite all’interno dell’Azienda.

In questa edizione del Libro del PAC si evidenziano la completa descrizione delle procedure conseguenti alla abolizione della possibilità di pagare prestazioni, oneri e diritti da parte dell’utenza con denaro contante e l’acquisizione delle nuove procedure legate all’introduzione nel giugno del 2022 del nuovo regolamento del magazzino unico e del conseguente disciplinare per l’affidamento della gestione magazzino a soggetto esterni. In particolare, a cavallo tra il 2020 ed il 2021 con il Collegio si sono approfondite del PAC:

- le Azioni dell’Obiettivo “Disciplinare gli approvvigionamenti di beni e servizi sanitari e non sanitari: documentando e formalizzando il flusso informativo e le fasi della procedura di acquisizione dei beni e servizi sanitari e non sanitari.”, che riconducono ad unum le attività delle tante Strutture coinvolte con l’utilizzo del Sistema amministrativo, gestionale e contabile unico aziendale, che permette la tracciabilità di ogni fase delle gestione degli Ordini; e sono tese ad evitare richieste non necessarie di prodotti o consumi eccessivi e non giustificati degli stessi, e si inquadrano quindi negli strumenti per vigilare sulla correttezza dei dati di Bilancio e sulla correttezza dei comportamenti, occupandosi anche delle gare;
- le Azioni dell’Obiettivo E1 “Dimostrare l’effettiva esistenza fisica (magazzini – reparti/servizi – terzi) delle scorte.”, ed in particolare l’Azione “E1.5 Predisposizione di procedure specifiche per la gestione dei conti deposito (es. dispositivi, farmaci, materiali monouso).”, per la quale è stata individuata come referente la Struttura Semplice Esecuzione-Controllo Contratti e Logistica, che fa parte della Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri; l’Azione presiede alla gestione degli Ordini relativi ai dispositivi impiantabili, quali il “Bon alive”, uno di quelli citati negli articoli di stampa, come oggetto delle “truffe”.

Il Collegio chiese di “mappare il rischio corruttivo” del procedimento che nasce dall’Azione E1.5, adempimento dispiegato con l’intervento delle Strutture e dei colleghi interessati, del quale si dà conto in altra parte del Piano di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza,

§ toccando poi le Istruzioni Operative della Struttura di Farmacia Ospedaliera, quali la “IOFARM010 - Acquisizione beni di competenza della Farmacia Ospedaliera”, adottata a fine 2015, che dimostra come l’approvvigionamento e l’uso dei farmaci e dei dispositivi, tra le principali voci dei procedimenti giudiziari indicati negli Articoli segnalati dal Collegio, nella CN1 sottostanno a verifiche tecniche e contabili.

§ passando poi

- per il Prontuario Terapeutico Aziendale e la Commissione per il suo aggiornamento, che è convocata varie volte l'anno, per garantire l'aggiornamento delle dotazioni di farmaci e di alcuni dispositivi da usare nella CN1 su basi scientifiche con approccio multidisciplinare;
- per la Commissione Farmaceutica Interna, che presidia la correttezza prescrittiva ed evita, al tempo stesso, che innovazioni terapeutiche anche molto puntuali non siano messe a disposizione degli utenti della CN1;
- per la Commissione Aziendale per la stesura e gestione di Prontuari dei Dispositivi Medici;

§ toccando l'attività di prevenzione di comportamenti "anti economici" e sino alla illiceità, messa in campo nella CN1 nel "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza";

§ trattando della nostra procedura "per il Censimento delle Sponsorizzazioni dei dipendenti per la partecipazione ad iniziative formative, come discenti e come docenti, come partecipanti a Progetti e Sperimentazioni";

§ ricordando la compilazione della "Dichiarazione di Interessi dei Direttori e dei Responsabili delle Strutture dell'A.S.L. CN1" curata nel 2018, il cui aggiornamento, già inserito tra Obiettivi di Budget per il 2020, è stato rinviato a causa dell'esplosione della "pandemia" da Corona Virus, ma con l'averlo ricordato è stato riportato d'attualità il tema.

1.5.10 L'effetto della Pandemia da CoViD sui reati connessi alla Corruzione

Da subito l'ANAC e la Magistratura hanno chiesto di accendere l'attenzione sui soggetti, che, per le esigenze di acquistare prodotti e di realizzare interventi contro il Corona Virus, presentavano offerte ai vari Enti della Pubblica Amministrazione, per evitare sia le truffe, sia gli illeciti arricchimenti di operatori, connessi alla Criminalità.

L'Associazione Libera e la rivista "a fine febbraio 2022 hanno presentato il dossier **"La tempesta perfetta 2022. La variante Criminalità"**, nel quale elaborano dati e analisi delle Forze dell'Ordine, del Ministero dell'Interno, degli studi e dei rapporti sul riciclaggio della Banca d'Italia, per evidenziare come il sorgere ed il diffondersi della Pandemia da "Corona Virus" abbia prodotto un incremento parallelo del contagio sociale della variante "criminalità", e per approfondire come si stia diffondendo l'infezione mafiosa in Italia, sfruttando l'emergenza sanitaria. Il focus è mirato su alcuni **reati spia** (interdittive, segnalazioni sospette dell'Uif, reati di usura, di estorsione e riciclaggio denaro, delitti informatici e truffe e frodi informatiche), ossia quelle condotte che riflettono in sé il pericolo di infiltrazione mafiosa, e si confrontano i dati complessivi del biennio pre-pandemico 2018/19 con il biennio 2020/21 caratterizzato dall'emergenza. In pratica è calcolata per ogni Regione la variazione percentuale tra i due bienni per i singoli reati, e in base al rialzo legato al diffondersi del tipo di reati, sono state incasellate le singole Regioni in **zona rossa** (massimo rischio), dove si è registrato un incremento percentuale tra il 26-100%; **zona arancione** (alto rischio), l'incremento percentuale appare tra il 11-25%; **zona gialla** (rischio moderato) dove l'incremento percentuale si colloca tra il 1-10%) e **zona bianca** (rischio basso), addirittura si evidenzia un calo dei casi.

La fotografia in numeri della variante criminalità

Ecco lo spaccato sui vari fenomeni enunciati:

- Nel complesso l'Italia è “arancio” per il numero di interdittive, reati sul web e segnalazioni sospette;
- nel biennio pandemico si registrano 252.711 **segnalazioni sospette** con un incremento del 24% rispetto al biennio pre-pandemico; e sono 7 le Regioni in zona rossa;
- Ben 3.919 nel periodo pandemico il numero di **interdittive antimafia** emesse dalle Prefetture nei confronti di aziende controllate o condizionate dalle organizzazioni criminali, con una media di 178 interdittive al mese, per l'incremento percentuale del 33% sul 2018/2019; 15 le Regioni in zona rossa con punte del +600%.
- Si scopre che la variante “criminalità” viaggia su internet: infatti ecco un boom dei **delitti informatici** (+39%) con ben 14 Regioni in zona rossa, e con la tendenza, che si impenna ancora nel 2021 rispetto al 2020; per le **truffe** e le **frodi informatiche** si rileva un incremento del 32% con un'Italia fortemente colorata e ben 12 le regioni in zona rossa, ed un 2021, che “batte” il 2020 con un più 13%.
- I **reati di usura** crescono meno del previsto, per il +1,3%; la diminuzione più rilevante è per il **reato di riciclaggio e impiego di denaro**, con il -20%; calano anche i **reati di estorsione** del 4%.
- Sul fronte della **droga**, secondo i dati elaborati per Libera dall'Agenzia delle Dogane nel biennio 2020/21 sono stati sequestrati complessivamente 39911,03 Kg/lt di stupefacenti +241% rispetto al 2018/19.

Esiste, commenta **Luigi Ciotti, presidente nazionale di Libera** “una variante che, come quelle del virus, provoca malattia e morte sociale indebolendo la democrazia e ostacolando il cambiamento. Ma che, agendo nell'ombra, viene poco localizzata e quindi non abbastanza combattuta. Una variante alla quale rischiamo di abituarci in una convivenza che sarebbe alla lunga letale... Nella testa “arcaica” del boss si è impiantata la visione “moderna” del manager... la “variante” mafiosa ha assunto sempre più l'aspetto di una più generica “variante criminale” che uccide meno i corpi e più le speranze, agendo come un parassita sociale che ruba il bene comune, i diritti, inquinando l'economia e minando le basi della democrazia. In questi due anni di Covid- **conclude Luigi Ciotti** il contagio della “variante criminale” è arrivato ai massimi livelli storici approfittando dello stallo politico, economico e sociale determinato dal virus...”. In questo oscuro scenario, annota Libera, **la lotta alle mafie e alla corruzione sembra scomparsa dall'agenda politica del Paese nonostante il prezioso e grande lavoro compiuto delle Forze dell'Ordine e della magistratura...** Quasi si trattasse di una “**patologia nazionale**” ormai **cronicizzata**, in un processo di normalizzazione per cui meglio fingere che il problema non esista o sia meno grave di quel che sembra coesistere - e se possibile fare affari - con le mafie e grazie alla corruzione sembra diventata la strategia vincente di molti “colletti bianchi”.

In una **prima fase** è emerso l'interesse anche di soggetti presumibilmente legati ad ambienti della criminalità organizzata a entrare nel comparto della produzione o della commercializzazione di prodotti sanitari, medicali e di dispositivi di protezione individuali. Significative di questa fase le frodi connesse alla vendita (ed eventuale mancata consegna) di dispositivi di protezione a prezzi apparentemente sproporzionati rispetto a quelli di mercato e, in qualche caso, l'aggiudicazione delle commesse, a seguito di gare pubbliche, a imprese i cui esponenti detenevano interessenze in società destinatarie di interdittive antimafia. Secondo uno studio della DIA, condotto a settembre e ottobre 2020, sono state rintracciate 270 imprese che avevano incassato fondi previsti per la crisi da pandemia e che risultavano colpite da interdittiva antimafia: erano già stati erogati 40 milioni di euro. Le nuove forme di mimetismo criminale rendono fondamentale

affinare la capacità di controllo. Gli inquirenti devono acquisire conoscenze e competenze utili a cogliere le nuove modalità operative con cui prendono forma le infiltrazioni criminali. Nello stesso tempo, però, anche i cittadini possono mobilitarsi in un'azione dal basso, facendosi carico del monitoraggio civico delle opere. Ma per attivarsi è necessario conoscere. Libera ha elaborato i dati di Openpolis per avere contezza del quadro relativo a tutte le spese, fatte per la gestione dell'emergenza, tramite i bandi di gara delle pubbliche amministrazioni, e desume - Dall' inizio della Pandemia al 6 dicembre 2021 sono stati messi a base d'asta, per l'emergenza, una cifra pari a **27,76 miliardi** di cui sono solo 11,45 miliardi le risorse che sappiamo effettivamente aggiudicate e complete di tutti i dati del caso, mentre restano lotti per 15,55 miliardi di euro con esito scaduto, sconosciuto, o con informazioni incomplete. Possiamo affermare che davanti all'enorme quantità di denaro messo a bando per tentare di arginare la crisi sanitaria scatenata da Covid, pari a **27 miliardi di euro per oltre la metà delle risorse, il 58%, non abbiamo piena informazione: è l'“indice di non piena conoscibilità”** rispetto alle spese Covid. Maglia nera per la Liguria. Dei 401 milioni di euro conosciamo solo il 9 % della spesa. Non va sicuramente meglio sul fronte della trasparenza per l'Abruzzo, solo il 15% dei 244 milioni, solo il 16% del miliardo e mezzo per il **Piemonte** e dei 190 milioni di euro per l'Umbria.

La mutazione criminale non scomparirà con la pandemia, anzi: potrebbe diventare il nuovo modello delle mafie in affari, sempre più inserito nell'economia ferita dal virus...

Il Piemonte

Sulla pagina “Cronaca di Torino” del numero del 1° marzo 2022, La Stampa commenta il Rapporto di Libera, concentrando l'attenzione sul ritratto del Piemonte, che merita il titolo “Piemonte fragile, e l'occhiello”. Il Rapporto di Libera nel biennio del Covid aumentano i reati spia di infiltrazioni mafiosa dalle interdittive alle aziende al rischio default. E c'è un tema trasparenza sui fondi per la pandemia. È evidenziato il giudizio sintetico di Libera nel riquadro - Aumentano tutte le condotte - che riflettono in sé il pericolo concreto di un'infiltrazione mafiosa. Abbiamo collocato il Piemonte in zona arancio, quindi ad alto rischio. In effetti la nostra Regione non scende in “zona rossa” per nessuna delle tipologie di reati analizzati, ma scrive l'Articolo è, ad esempio, in zona arancione (alto rischio) per quanto riguarda le segnalazioni sospette, ovvero le comunicazioni fatte verso operazioni apparentemente finalizzate al compimento di azioni di riciclaggio. Si passa da 12.653 casi del biennio 2018/2019 a 14.693 nel 2020/2021.

Per cercare di ricostruire la spesa sanitaria relativa alla pandemia, premettendo che queste cifre potrebbero non essere definitive, ma sono quelle disponibili fino ad oggi, citando i dati di Openpolis, sottolinea che per Libera - Balza agli occhi come in Piemonte sono stati spesi 1,67 miliardi. Ma, dato che preoccupa, è la conoscibilità della spesa: a dicembre si è al corrente di come sono stati aggiudicati solo 274,24 milioni di Euro. Il quotidiano avverte “Ben inteso, non si tratta di attribuire ad alcuna condotta di reato o sospetta, ma c'è un tema di auspicabile trasparenza, facendo derivare la preoccupazione dall'inciso di Libera. Visto che al momento non si ha piena conoscibilità dell'83% del dettaglio di spesa di questi fondi”, e chiudendo “Problemi di indicizzazione della spesa che rendono più difficoltosa l'attribuibilità delle stesse alla pandemia? Potrebbe essere”.

L'articolo accende ancora un riflettore sulla preoccupante realtà piemontese rilevando il “tema centrale delle infiltrazioni nelle aziende colpite da interdittiva antimafia per evitare che, partecipando a gare pubbliche, possano alterare la democrazia dei mercati. Si è passati da 130 provvedimenti nel biennio 2018/2019 a 153 nel 2020/2021 con un 18% di incremento. Merito

delle analisi investigative e prefettizie certo, ma pur sempre un segnale di allarme ulteriore che svela la fragilità di un territorio, quella che caratterizza la pagina.





VALORE PUBBLICO

PERFORMANCE

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
TRASPARENZA

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

2.1.1 Definizione

Il criterio di selettività del PIAO rispetto alla molteplicità e alla complessità dei diversi ambiti di programmazione dell'amministrazione prende forma proprio attraverso il Valore Pubblico, che filtra le vere priorità per l'Ente.

Il Valore Pubblico (VP) può essere definito come *il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholder creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza*. In sintesi è il benessere addizionale complessivo, ottenuto governando le performance in tale direzione, proteggendo l'Ente dai rischi connessi, tutelando lo stato di salute delle risorse: dunque, *performance management* come leva di creazione del Valore Pubblico; *risk management* come leva di protezione del Valore Pubblico; organizzazione e salute delle risorse come condizione abilitante del Valore Pubblico interno, migliorando la capacità di generare benessere per cittadini e imprese (Valore Pubblico esterno).

Il concetto di performance vista come "creazione di valore pubblico" e l'esigenza di pianificazione e misurazione integrate, sono da tempo presenti nella letteratura scientifica, e si richiamano al "triangolo strategico" di Moore (1995). Il modello valorizza i risultati conseguiti dalle Amministrazioni Pubbliche, nel contesto socio-economico di riferimento, ai fini della valutazione dell'azione amministrativa. L'autore dimostra che il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di realizzare simultaneamente tre condizioni:

- a) essere legittimata dai clienti/cittadini/utenti e dalle diverse tipologie di stakeholders interni ed esterni, che mettono a disposizione risorse finanziarie e sostegno (authorizing environment);
- b) intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo: le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali (operational capacity);
- c) produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholders (Public Value).

La missione istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione (PA) è quindi la creazione di Valore Pubblico. Un ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale.

Un ente crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti. In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

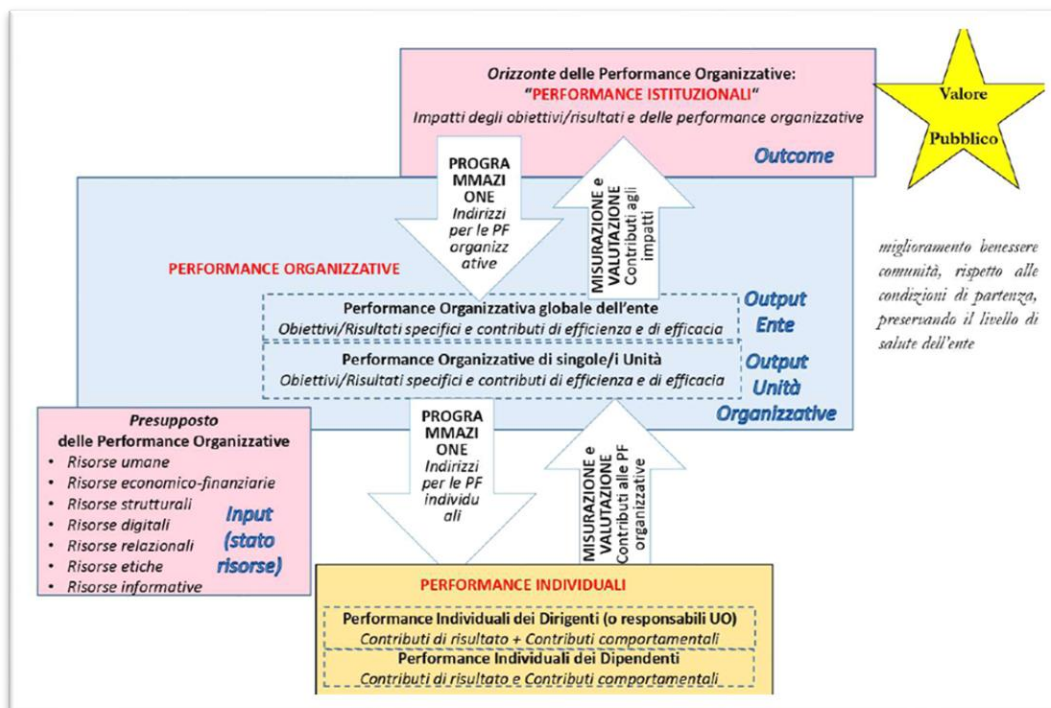
Infatti, il Valore Pubblico coinvolge l'Azienda sia nella sua struttura e organizzazione interna sia nel rivolgersi all'esterno, in quanto la creazione di Valore Pubblico esterno dipende dal miglioramento delle performance che, a sua volta, dipende dal miglioramento della salute delle risorse dell'amministrazione: la creazione di Valore Pubblico interno è, dunque, il presupposto per la creazione di Valore Pubblico esterno.

Un Sistema è adeguato quando poggia su tre pilastri:

- le condizioni abilitanti, in presenza delle quali aumenta la probabilità che esso attecchisca;
- gli elementi costitutivi;
- i caratteri qualificanti che esso dovrebbe avere per guidare l'ente verso i suoi fini istituzionali.

Il Sistema di Programmazione, Controllo e Valutazione (PCV) costituisce l'insieme degli elementi costitutivi connotati da adeguati caratteri qualificanti attraverso cui, in presenza di opportune condizioni abilitanti, si programmano, controllano e valutano le performances dell'ente in modo funzionale alla creazione del Valore Pubblico. In tal modo si metterebbero a sistema le molteplici performances perseguite, conferendo loro un senso istituzionale e una nuova frontiera verso cui puntare: la generazione del Valore Pubblico promesso.

Una PA genera Valore Pubblico quando il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto interno ed esterno, grazie al miglioramento delle performances dell'Ente, sono superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.



Fonte dati: Università degli Studi di Ferrara – Deidda Gagliardo

Un Ente crea Valore Pubblico se consegue un miglioramento:

- del livello di benessere (economico-sociale-ambientale, ecc..) dei destinatari delle politiche dell'Ente, rispetto alle condizioni di partenza;

- preservando il livello di salute delle risorse (umane, economico-finanziarie, digitali, ecc..) destinatarie dei progetti di miglioramento amministrativo dell'Ente, rispetto alle condizioni di partenza.

L'impatto specifico delle politiche dell'ente sul livello di benessere settoriale (cioè solo economico o sociale o ambientale o sanitario) di cittadini e imprese genera un *Valore Settoriale*, un livello essenziale e che non considera la totalità delle prospettive. Esiste anche un *VP in senso stretto*, di impatto medio generato dalle politiche dell'ente sul livello di benessere complessivo (multidimensionale, cioè sia economico, sia sociale, sia ambientale, sia sanitario) di cittadini e imprese; è il cosiddetto impatto degli impatti che genera un benessere aggiuntivo complessivo. Se vogliamo un *VP in senso ampio*, dobbiamo agire governando la performance (Performance Management), controllando i rischi connessi (Risk Management) a partire dalla cura della salute delle risorse dell'ente (Salute delle Risorse).

IL VALORE PUBBLICO IN SENSO AMPIO

Una PA crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti, misurabili anche tramite BES e SDGs.

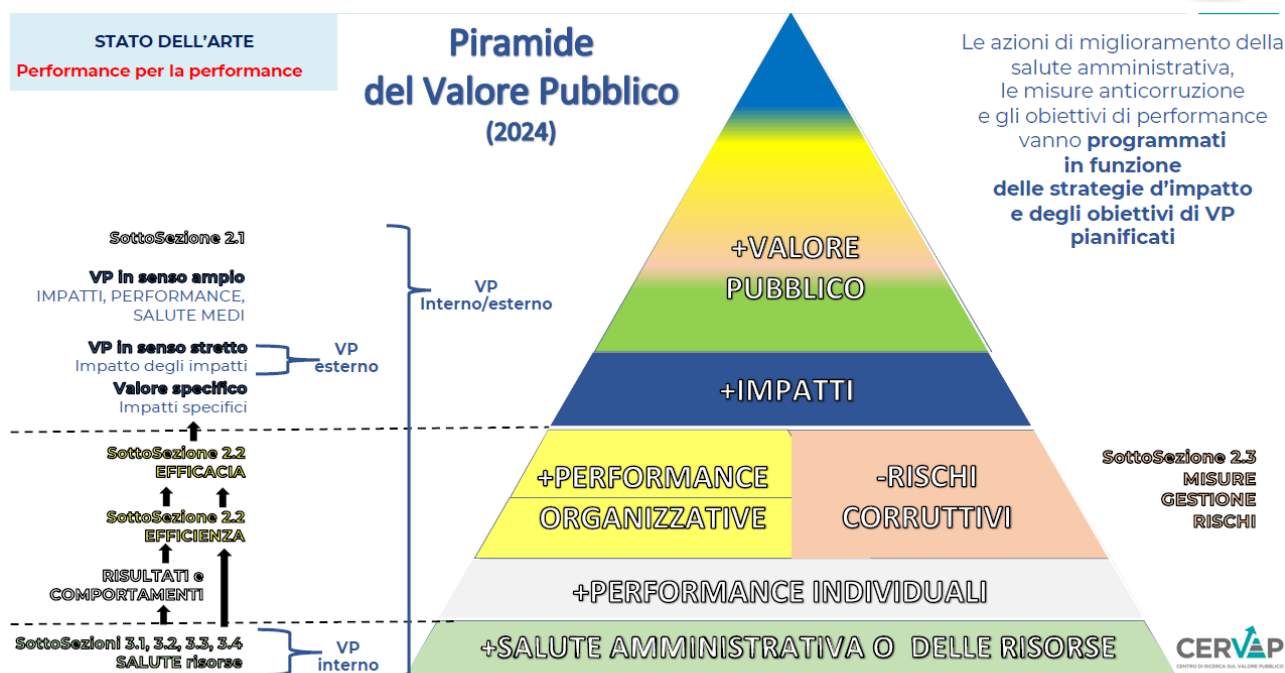
IL VALORE PUBBLICO IN SENSO STRETTO

Una PA crea Valore Pubblico in senso stretto quando impatta in modo migliorativo sulle singole prospettive settoriali del benessere rispetto alla loro baseline, ma soprattutto quando impatta in modo migliorativo rispetto al livello complessivo e multidimensionale del benessere, in presenza di impatti tra loro in trade off.

Fonte dati: CERVAP Centro di Ricerca sul Valore Pubblico

Il Valore Pubblico non si inventa, ma si progetta; la sua generazione non può essere frutto di una contingenza fortunata, ma solo il risultato di un processo scientificamente e pragmaticamente progettato, governato e controllato. Il Valore Pubblico impronta tutta la programmazione, in quanto implica la necessità di gestire sia le relazioni esterne sia le competenze interne.

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di consumo e distruzione dello stesso (Disvalore Pubblico), le Pubbliche Amministrazioni (PPAA) devono essere guidate verso un nuovo modello di "Public Value Governance" che governi i flussi di generazione del Valore tramite la cd. "Piramide del Valore Pubblico".



Fonte dati: CERVAP Centro di Ricerca sul Valore Pubblico

La PA crea valore quando i benefici prodotti a favore di utenti, stakeholder e cittadini sono superiori ai sacrifici sopportati. L'approccio "partecipativo negoziale" presuppone la partecipazione attiva di utenti e stakeholder, che si realizza tramite la contrattazione dei benefici e dei sacrifici attesi.

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

Ad oggi il Valore Pubblico creato o consumato dalle PPAA non è misurato in maniera scientificamente attendibile. I metodi di misurazione ad oggi proposti sono:

- Il Meta-indicatore del Valore Pubblico o "Performance delle Performances"
- La Scala del Valore Pubblico.

Il Meta indicatore del Valore Pubblico o "Performance delle Performances"

Il Valore Pubblico è rappresentabile attraverso un meta-indicatore che costituisce la risultanza di una articolata architettura, coordinata di indicatori di performance da inserire negli strumenti di programmazione, misurazione e valutazione della PA. Quindi, il Valore Pubblico consente di governare livelli, dimensioni e tipologie di performance ai fini della sua creazione.

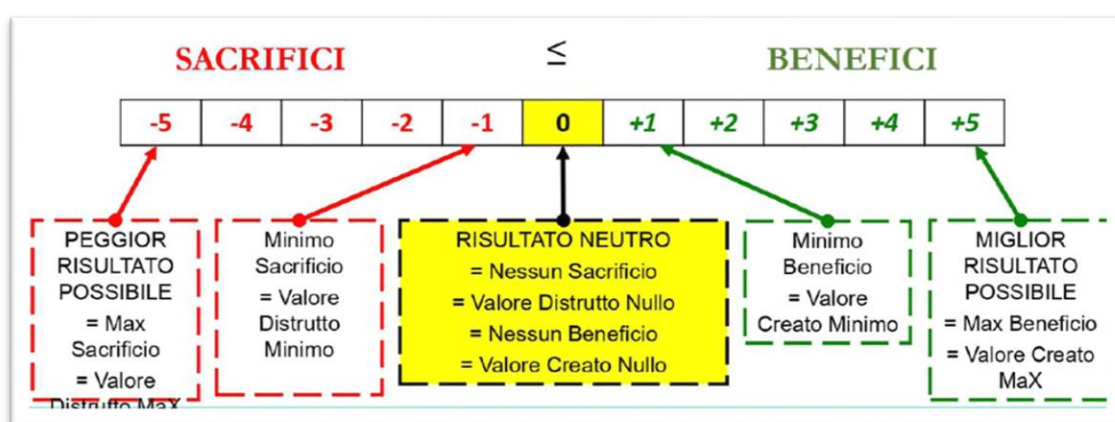
Gli indicatori dei diversi livelli delle performances (istituzionali, organizzative e individuali) esprimono, tramite diverse dimensioni (impatti o outcome per le performances individuali; input e output di efficacia, efficienza, economicità, stato risorse per le performances organizzative; input e output di efficacia, efficienza, economicità per le performances individuali di risultato e comportamenti) e tipologie (es. quantità erogata e quantità fruita per l'efficacia), le leve per diminuire i sacrifici da un lato e per aumentare i benefici dall'altro; quando i secondi sono complessivamente superiori ai primi si ha creazione di Valore Pubblico.

Il modello di misurazione potrebbe essere strutturato su due piani informativi:

- un piano informativo superiore (standard), con indicatori comuni a tutte le PPAA dello stesso comparto/settore, e quindi utile a fini comparativi (ad es. indicatori comuni sulla salute digitale elaborati da DFP-UVP e AGID);
- un piano informativo inferiore (custom), definibile a piacimento da ogni P.A. e utile per costruire modelli adeguati alla propria specifica realtà. Il piano informativo custom può essere espresso con gli indicatori che l'Ente ritiene più opportuni, ma comunque riconducibili a quelli standard.

La Scala del Valore Pubblico

È una scala capace di misurare se l'Amministrazione sta creando (prevalenza dei benefici sui sacrifici) o consumando (prevalenza dei sacrifici sui benefici) Valore Pubblico.



Fonte dati: Università degli Studi di Ferrara – Deidda Gagliardo

Per misurare il Valore Pubblico (Sacrifici < Benefici) bisogna prendere in considerazione l'eterogeneità delle diverse unità di misura dei sacrifici e dei benefici (es. economiche, sociali, ecc..). Per rendere possibile il confronto e superare le criticità relative alla scala di misurazione, si possono mettere in atto le seguenti soluzioni:

Limite

- Eterogeneità delle misure, dei sacrifici e dei benefici sociali ed economici.

Soluzioni

- Normalizzazione
- Ponderazione

Criticità

- Relatività degli estremi della scala

Soluzioni

- Standard nazionali o locali
- Standard negoziati
- Estremi oggettivi
- Serie storiche di performance
- Estremi del campione
- Rapporti espressi in %

Il Valore Pubblico apporta diverse tipologie di utilità:

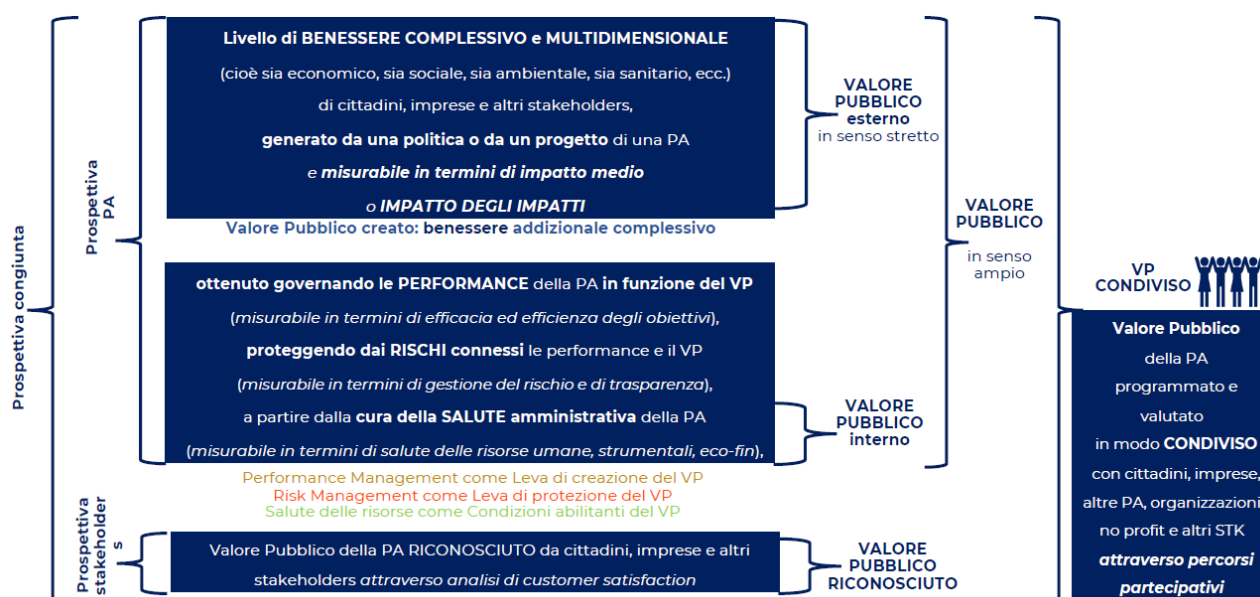
- utilità di Ente: confronto migliorativo fra le PPAA;
- utilità di Sistema: premiare le PPAA più virtuose con premi finanziari, organizzativi, formativi e reputazionali e indirizzare quelle meno virtuose con interventi mirati di accompagnamento formativo e professionale che partano dalle aree critiche;

utilità civica: i cittadini e gli utenti hanno gli strumenti per stimolare le PPAA con standard quantitativi di servizio inadeguati e poter scegliere altresì da chi farsi erogare il servizio.

2.1.2 L'impatto del Valore Pubblico

Il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle PPAA e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse). Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto (il "cosa", logica di breve periodo) ma anche il "come", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo.

In tempi di risorse economiche scarse e di esigenze sociali crescenti, viene creato Valore Pubblico quando si riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholder in generale). Le esperienze di questi ultimi decenni (in cui si è passati da comportamenti totalmente orientati al consenso sociale a comportamenti caratterizzati da un'economicità spinta, i tagli lineari alla spesa pubblica) danno evidenza al fatto che la generazione di Valore Pubblico si realizza grazie a un mix equilibrato di economicità e socialità, in cui si ponga una forte attenzione al fattore ambientale e alle modalità con la quale la PA riesce a gestire le proprie risorse. La finalizzazione del ciclo della performance delle aziende sanitarie verso il Valore Pubblico può rappresentare una via per superare il trade-off tra efficientamento e miglioramento degli impatti socio-sanitari.



Fonte dati: CERVAP Centro di Ricerca sul Valore Pubblico

L'impatto nell'ottica di generazione di Valore Pubblico

La dimensione dell'impatto esprime l'effetto atteso o generato (outcome), nel medio-lungo termine, da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nell'ottica della generazione di Valore Pubblico.

L'impatto può essere esterno o interno all'Ente e può essere misurato sia in valori assoluti che come variazione percentuale rispetto alla condizione di partenza.

La dimensione e gli indicatori di impatto esterno si concentrano sul miglioramento del livello di benessere economico, sociale e ambientale dei destinatari esterni.

L'impatto economico esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del tessuto economico (altre istituzioni, imprese, terzo settore, ecc..) e sulle relative condizioni economiche e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione economica di partenza; l'impatto sociale esprime l'impatto indotto sulle varie componenti della società (giovani, anziani, ecc..) e sulle relative condizioni sociali e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto allo stato di bisogno; l'impatto ambientale esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del contesto geo-morfologico in cui opera l'Ente e sulle relative condizioni ambientali e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione ambientale di partenza.

La dimensione dell'impatto esterno e i relativi indicatori esprimono l'effetto atteso o generato da una politica (es. di sviluppo territoriale) nei confronti dei destinatari esterni diretti (utenti) o indiretti (stakeholder), in termini di incremento del loro livello di benessere.

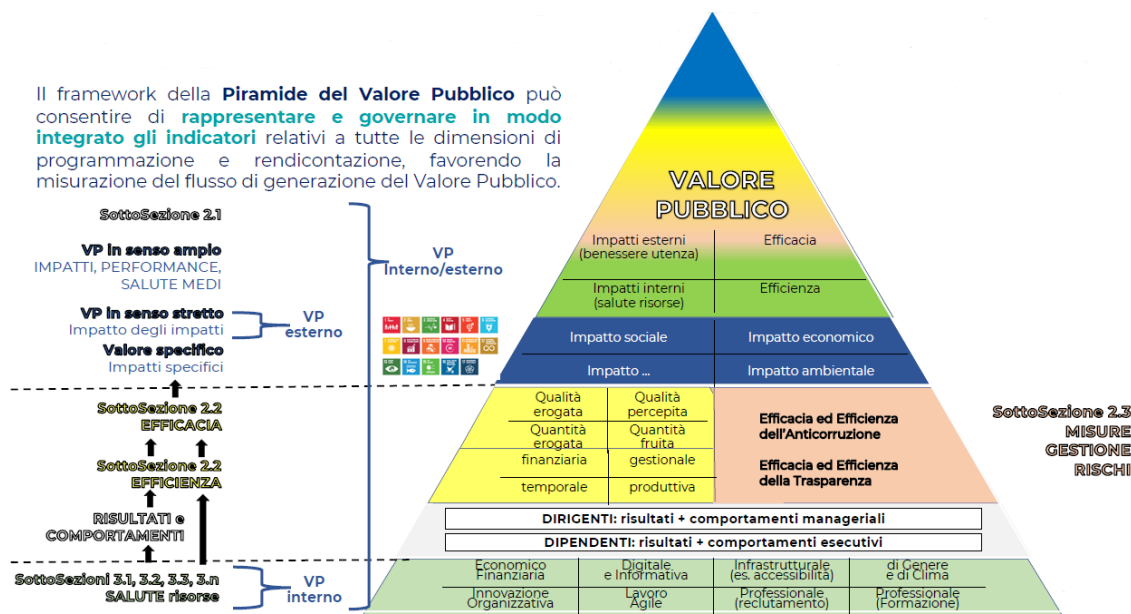
L'impatto esterno può essere generato dall'Ente tramite attività realizzate in modo autonomo oppure, più frequentemente, in partnership progettuale con altri attori istituzionali (co-creazione di Valore Pubblico).

I dati utili alla determinazione dell'impatto esterno si possono ottenere dal controllo strategico dell'Ente, da fonti esterne ufficiali (es. ISTAT) o anche da agenzie di valutazione esterne. Ne sono esempi nell'ambito della sanità gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) di AGENAS, le misure degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) di cui al DM 12 marzo 2019, il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) di cui al DL n. 73 del 7 giugno 2024 (convertito nella Legge n. 107, 29 luglio 2024).

La dimensione e gli indicatori di impatto interno si riconducono al miglioramento del livello di salute economica, organizzativa, professionale e digitale dell'Ente. L'impatto interno esprime l'incremento del livello di salute delle risorse dell'Ente (es. maggiori competenze) a seguito di un progetto di miglioramento amministrativo (es. formazione). I dati utili alla determinazione dell'impatto interno si possono trarre dal controllo di gestione.

Per ottenere impatti capaci di generare Valore Pubblico, le PPAA devono finalizzare verso tale traguardo le performances organizzative, cercando di migliorare il livello di economicità, di efficienza e di efficacia della propria azione. Per generare Valore Pubblico nei confronti dei cittadini di oggi, favorendo la possibilità di generarlo anche a favore dei cittadini futuri, l'Amministrazione deve essere economica, efficiente ed efficace tenuto conto dello stato delle risorse e del livello di salute dell'Ente. In altri termini, solo gli Enti che presidiano e migliorano il proprio livello di salute hanno la possibilità di creare valore per gli utenti sia di oggi che di domani.

La creazione del Valore Pubblico si fonda sulla manovra combinata e progressiva delle dimensioni di Performance contenute nei diversi livelli della Piramide. Il framework della Piramide del Valore Pubblico può consentire di rappresentare e governare in modo integrato gli indicatori relativi a tutte le dimensioni di programmazione e rendicontazione, favorendo la misurazione del flusso di generazione del Valore Pubblico.



Fonte dati: CERVAP Centro di Ricerca sul Valore Pubblico

Nella Piramide ben si inseriscono gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, che è un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU. Essa ingloba 17 obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile – *Sustainable Development Goals, SDGs* – per un totale di 169 *target* o traguardi, che rappresentano una bussola per porre l'Italia e il mondo su un sentiero sostenibile. Il processo di cambiamento del modello di sviluppo viene monitorato attraverso i *goals*, i *target* e oltre 240 indicatori: rispetto a tali parametri, ciascun Paese viene valutato periodicamente in sede ONU e dalle opinioni pubbliche nazionali e internazionali. L'avvio ufficiale degli obiettivi ha coinciso con l'inizio del 2016, guidando il mondo sulla strada da percorrere nell'arco dei prossimi 15 anni: i Paesi, infatti, si sono impegnati a raggiungerli entro il 2030 con l'impegno di garantire un presente e un futuro migliore per il nostro Pianeta e per le persone che lo abitano. L'Agenda 2030 porta con sé una grande novità: per la prima volta, infatti, viene espresso un chiaro giudizio sull'insostenibilità dell'attuale modello di sviluppo, non solo sul piano ambientale, ma anche su quello economico e sociale, superando in questo modo definitivamente l'idea che la sostenibilità sia unicamente una questione ambientale e affermando una visione integrata delle diverse dimensioni dello sviluppo.

L'Agenda 2030 è basata sulle cinque "P" dello sviluppo sostenibile:

1. **Persone**. Eliminare fame e povertà in tutte le forme, garantire dignità e uguaglianza.
2. **Prosperità**. Garantire vite prospere e piene in armonia con la natura.
3. **Pace**. Promuovere società pacifiche, giuste e inclusive.
4. **Partnership**. Implementare l'Agenda attraverso solide partnership.
5. **Pianeta**. Proteggere le risorse naturali e il clima del pianeta per le generazioni future.

In un'ottica, quindi, di integrazione globale, che va ben oltre i confini del territorio di riferimento, l'ASL CN1 ha adottato una politica aziendale di costruzione degli obiettivi di budget, oltre che in conformità alla strategia regionale, anche in riferimento alla programmazione europea e nazionale, in linea con gli obiettivi di sostenibilità dell'Agenda 2030.

Tale strategia verrà approfondita nella Sotto-Sezione dedicata 2.2) Performance, con la descrizione degli obiettivi operativi programmati in modo funzionale alla creazione del Valore Pubblico pianificato.

2.1.3 L'importanza delle informazioni

Con particolare riguardo alla creazione di Valore Pubblico si inserisce la tematica della trasparenza delle PPAA che sta assumendo, in questi ultimi anni, un ruolo centrale nell'ambito delle politiche contro la corruzione ma anche nella prospettiva di un diverso rapporto con il cittadino.

In sanità questa evoluzione è utile quale premessa per un reale passo in avanti in direzione non solo di un diverso rapporto tra PPAA e cittadini basato su più elevati standard relazionali, ma anche nel potenziamento dei processi di sviluppo nell'ambito della gestione delle informazioni. Ad esempio si fa riferimento a tutte le informazioni che le PPAA devono rendere disponibili in materia di uso delle risorse pubbliche ma anche di prestazioni e servizi erogati; queste informazioni, sostanzialmente numeri, vanno considerate un "asset naturale" della PA che per definizione devono trovare un utilizzo nella produzione di Valore Pubblico.

In particolare, il vantaggio competitivo da mettere in campo è la necessità di produrre dati affidabili, in un'epoca di *overflow of information*, di *fake news*, con la sovrabbondanza di informazioni disponibili ovunque e riversate da ogni parte senza una selezione, un criterio, una validazione, che rende ancor più centrale il ruolo del mondo pubblico nella messa a disposizione di dati aperti, verificati, certificati, aggiornati e contestualizzati.

In sanità i dati sono un patrimonio inestimabile che deve essere impiegato al meglio per supportare innanzitutto il processo decisionale del manager, dei clinici e in generale della organizzazione; d'altra parte anche il singolo cittadino ha sempre più la consapevolezza e la necessità di poter accedere a queste informazioni, ma occorre formare e guidare i fruitori nella ricerca delle fonti, l'uso dei dati e la loro verifica, supportata e facilitata con appositi portali e piattaforme, come già avviene per il Fascicolo Sanitario Elettronico, il sistema PagoPA, l'accesso alle funzioni sistema.piemonte.it, il sistema delle Prenotazioni del Centro Unificato di Prenotazione (CUP), la possibilità di accedere ai referti online (ROL), e comunque attraverso tutti i sistemi di comunicazione, compresi i social media che possono essere messi a disposizione per tradurre e passare informazioni sulle attività sanitarie. Questo processo virtuoso può portare alla creazione di Valore Pubblico attraverso il miglioramento dei processi decisionali cui prima si è fatto riferimento, ma anche attraverso il miglioramento e l'innovazione dei servizi e dei processi produttivi, tenendo sempre in primo piano l'esigenza di tutelare il cittadino ed evitare il rischio del "monopolio dei big data" da parte dei grandi operatori dei servizi del digitale.

È certamente difficile per l'ASL dotarsi di regole generali e universali relative a quali informazioni rendere pubbliche e aperte, senza restringere troppo l'ambito per eccessiva prudenza; nonostante questi limiti, la collaborazione tra PPAA, enti di ricerca pubblici e privati e operatori economici è un ambito molto promettente per incrementare il Valore Pubblico.

Quanto abbiamo appena descritto non si presenta soltanto come obbligo normativo, ma viene considerato anche all'interno di un importante sistema gestionale, quello della Performance; il ciclo

della performance deve essere un sistema di “rinforzo” che facilita e promuove l’integrazione organizzativa in direzione degli obiettivi istituzionali, e assicura una coerenza complessiva dell’azione gestionale. Anche il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT), che come noto ha lo scopo di mappare i rischi e individuare le misure organizzative atte a prevenire la possibilità dell’avverarsi di fenomeni corruttivi, presenta a sua volta interessanti connessioni rispetto al tema della Performance; quest’ultima infatti rappresenta, in una logica di integrazione e coerenza di tutti gli strumenti di programmazione utilizzati nelle PPAA, il principale strumento con cui dare attuazione alle misure del PTPCT.

Dal punto di vista organizzativo, anche nella nostra ASL, non è stato semplice né automatico arrivare dalla gestione di diversi piani separati, che spesso avevano anche tempi di costruzione diversi oltre che formalità e metodologie che nel tempo avevano seguito indirizzi normativi diversi, ad un unico piano che raccoglie le diverse espressioni di una materia che ormai è vista come un unicum, proprio grazie al concetto di Valore Pubblico. Per questo motivo, il documento del P.I.A.O. in cui inseriamo questi documenti è forzatamente perfettibile e la sua crescita nell’integrazione potrà avvalersi proprio di questa visione, che auspichiamo possa ancora arricchirsi dagli sviluppi della legislazione in materia (non è facile infatti integrare documenti che devono seguire ancora specifiche normative che nascono da Enti governativi diversi), perseguendo i principi della programmazione e della rendicontazione integrata.

2.1.4 La transizione digitale nella creazione di Valore Pubblico

Nella sanità la centralità dei processi di innovazione si riversa inevitabilmente sulle attività di trasformazione digitale. A fronte di un contributo dell’innovazione tecnologica che storicamente è stato debole e frammentato nel fornire risposte ai nuovi bisogni di salute e alla domanda di facilità di accesso ed efficienza del SSN, è necessario potenziare l’utilizzo dei servizi sanitari digitali.

La scarsità di risorse, l’incremento della longevità e la perdurante crisi economica hanno avuto un’ulteriore incremento di criticità dovute proprio all’epidemia di COVID 19, che ha inciso sull’accesso alle prestazioni e sull’integrazione dei servizi tra ospedale e territorio, acuendo il rischio di disuguaglianze sociali e territoriali.

L’innovazione tecnologica è venuta incontro ai bisogni del cittadino attraverso la telemedicina (innanzitutto per le televisite), al pagamento delle prestazioni e al ritiro dei referti attraverso strumenti digitali, scambio di dati, immagini e informazioni, prenotazione di visite ed esami, cartella clinica elettronica, fascicolo sanitario elettronico, servizi al cittadino, fino ad arrivare ai *big data analytics* e all’intelligenza artificiale e complessivamente anche tutti gli strumenti utili nel supportare le decisioni cliniche, alimentare l’appropriatezza ed evitare gli sprechi.

Il miglioramento della qualità dei servizi pubblici digitali costituisce la premessa indispensabile per l’incremento del loro utilizzo da parte degli utenti, siano questi cittadini, imprese o altre amministrazioni pubbliche. È il concetto di Valore Pubblico, che trova la sua espressione anche nella semplificazione dei processi interni alle PA, coordinata dal Responsabile per la Transizione al Digitale, con il necessario supporto di efficienti procedure digitali.

Per incoraggiare tutti gli utenti a privilegiare il canale online rispetto a quello esclusivamente fisico, rimane necessaria una decisa accelerazione nella semplificazione dell’esperienza d’uso complessiva e un miglioramento dell’inclusività dei servizi, in modo che si adattino ai dispositivi degli utenti, senza alcuna competenza pregressa da parte dei cittadini, nel pieno rispetto delle norme riguardanti l’accessibilità e il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR).

Dal punto di vista pratico le linee guida AGID, indicano gli strumenti per migliorare la capacità delle Pubbliche Amministrazioni di generare ed erogare servizi di qualità attraverso:

- un utilizzo più consistente di soluzioni *Software as a Service* già esistenti;
- il riuso e la condivisione di software e competenze tra le diverse amministrazioni;
- l'adozione di modelli e strumenti validati e a disposizione di tutti;
- il costante monitoraggio da parte delle PA dei propri servizi online;
- l'incremento del livello di accessibilità dei servizi erogati tramite siti web e app mobile.

Il percorso di trasformazione digitale, di rapida riorganizzazione delle attività, del lavoro e dei servizi a supporto del cittadino, richiede dalla filiera sanitaria, forse più che da altre, la necessità di innovazione delle strutture, degli strumenti e dei processi disponibili. La digitalizzazione offre soluzioni inimmaginabili e l'impatto sulla vita delle persone è immediato e richiede maggior evidenza, sicurezza, qualità e visione. L'esperienza vissuta nel corso della pandemia ha fatto emergere l'importante ruolo che l'innovazione tecnologica e digitale possono giocare nel migliorare e rendere più efficiente il nostro Sistema Sanitario Nazionale, sia attraverso il rafforzamento dei presidi territoriali con soluzioni quali la telemedicina o la teleassistenza, sia attraverso il rinnovamento e l'ammodernamento tecnologico e digitale delle strutture, dei servizi e dei processi. Anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) indica la necessità di un nuovo approccio: il valore delle infrastrutture e gli sviluppi dell'intelligenza artificiale ci obbligano a ripensare la sicurezza anche in riferimento all'interscambio di una enorme base dati.

La digitalizzazione è una componente essenziale dell'efficienza del governo clinico, capace di garantire un'assistenza sanitaria personalizzata, con la partecipazione del paziente al percorso terapeutico; ad esempio, con la ricetta elettronica, si è visto che è stato possibile consentire la prosecuzione delle cure anche in regime di distanziamento sociale.

La Missione 6 C2 del PNRR, all'investimento 1.3 individua il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e la simulazione dei dati.

La mancata digitalizzazione e la presenza, ancora oggi, di moltissimi dati in formato analogico non sono più semplice spreco di denaro pubblico, mancato rispetto della legge e riduzione di efficienza, ma anche scarsa capacità di utilizzo di intelligenza artificiale che di quei dati ha estremo bisogno.

È fondamentale comprendere che se quella che abbiamo di fronte nei prossimi anni è una profonda trasformazione del modo di lavorare, allora il personale della PA va accompagnato nel cambiamento. In quest'ottica la creazione di Valore Pubblico, può finalmente aiutare ad essere pienamente consapevoli del proprio contributo alla società e di come si possa migliorarlo costantemente.

La digitalizzazione completa dei flussi di lavoro e dei dati trattati dalla PA, unita alla possibilità di automatizzare attività e controlli, riduce gli errori, abilita lo *smart-working*, sgrava dalle attività routinarie e libera tempo e risorse, ma crea anche la sfida di reimpiego di quelle risorse, una sfida che va affrontata con intelligenza, artificiale e non, e senso di comunità, per evitare insicurezza e resistenza al cambiamento.

Cogliendo le opportunità della trasformazione digitale, possiamo trovare le risorse per far crescere il nostro patrimonio umano all'interno delle PP.AA. e tramite quello aumentare l'efficacia dell'azione amministrativa e quindi la capacità di produrre Valore Pubblico. È in questo senso che va intesa la trasformazione digitale come strumento abilitante per la creazione di Valore Pubblico.

2.1.5 La cassetta degli attrezzi dell'ASL CN1

In ambito sanitario, portare Valore Pubblico implica anche diffondere e condividere valori, comportamenti e sistemi di gestione, che facciano emergere il potenziale delle strutture sanitarie, incanalando le energie individuali dei professionisti in un'unica direzione, verso il miglioramento continuo e l'innovazione: nell'area medico-clinica si traduce nella ricerca di un miglioramento delle modalità e dei tempi di erogazione delle prestazioni, quindi della qualità e dell'appropriatezza delle cure e dell'assistenza, rientrando ad esempio nei parametri previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) e migliorandone i risultati; nell'area sociale, mediante la riduzione dei tempi di attesa e conseguentemente della permanenza nelle strutture sanitarie, vi è una consistente riduzione del disagio dei pazienti; nell'area economica si assiste al decremento dei costi a parità di prestazione erogata.

Il termine “valore” nel settore dell'assistenza sanitaria si potrebbe intendere anche come efficienza, intesa come necessità di assicurare che le risorse siano allocate e utilizzate nel miglior modo possibile per la cura dei pazienti (*Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health - EXPH. Luxemburg Publication Office of the European Union, 2019*).

L'Expert Panel della Commissione Europea propone di ampliare la “value based health care” secondo un concetto basato su quattro pilastri:

- cure appropriate per raggiungere gli obiettivi personali dei pazienti (**personal value**);
- migliori risultati possibili con le risorse disponibili (**technical value**);
- distribuzione equa delle risorse tra i gruppi di pazienti (**allocative value**);
- contributo del settore sanitario a partecipazione e connessione sociale (**societal value**).

$$\text{Valore} = \frac{\text{qualità di una rete di servizi}}{\text{costo procapite pesato per i cittadini}}$$

Si pone di fronte a noi la necessità di investire e realizzare attività a più alto valore superando così la “logica per silos”, che valuta i processi in relazione ad altri fattori del processo/percorso, i tagli lineari, i risparmi che inducono improduttività delle risorse e il rinvio degli investimenti tecnologici e di innovazione.

La ricerca di miglioramento negli standard qualitativi e di sicurezza delle prestazioni si accompagna inoltre alla costituzione delle reti sanitarie di collaborazione con altri attori del settore, anche nella prospettiva raccomandata dal D.M. 70/2015. Ne sono esempi la costituzione di reti tra strutture ospedaliere limitrofe al fine di ottimizzare servizi sanitari impiegati dalle medesime per garantirne il massimo utilizzo delle risorse, come nel caso dei Servizi di Neuroradiologia o di Laboratorio Analisi, come fatto tra le Aziende Sanitarie in provincia di Cuneo. Un altro esempio è la creazione di servizi integrati, che grazie all'utilizzo della tecnologia ha ridotto enormemente i tempi di gestione del paziente, così come la collaborazione tra strutture ospedaliere dalla diagnosi all'identificazione della cura è fondamentale per la generazione di Valore Pubblico. Questo è, ad esempio, il caso della centralizzazione della cura delle patologie rare che consentirebbero da un lato (per la struttura ricevente) di incrementare i casi trattati, e dall'altro (per la struttura che trasferisce il paziente) di fornire allo stesso un servizio completo, individuando la struttura adeguata per le patologie da curare all'esterno e riducendo i tempi di diagnosi o cura che possano garantire al paziente il percorso ottimale per la cura della patologia e al contempo alle strutture il potenziamento nell'utilizzo della disponibilità dei posti letto.

Di seguito si rappresentano alcuni approfondimenti su tematiche, già citate nei precedenti paragrafi, che hanno impatto sul Valore Pubblico e che vengono perseguite come obiettivi dall'ASLCN1 e sono quindi recepitati nell'ambito del processo di budget, così come descritto nel Piano della Performance.

Indicatori del Nuovo Sistema Di Garanzia

A partire dagli anni 2000 erano stati introdotti degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'assistenza sanitaria; ad essi si erano accompagnati diversi studi che il Sistema Informativo Sanitario del Ministero (NSIS) nel tempo ha strutturato (anche attraverso il Progetto Mattoni della Sanità) in sistema, definendo un set di indicatori (la cosiddetta "Griglia LEA") ripartiti tra:

- l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro;
- l'assistenza territoriale;
- l'assistenza ospedaliera.

A partire dal 1° gennaio 2020 è entrato in vigore il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (come previsto dal DM 12 marzo 2019), formato da 88 indicatori e nel suo sottoinsieme di 22 indicatori "core" che sostituiscono la Griglia LEA.

Degli 88 indicatori individuati, 16 sono dedicati alla prevenzione collettiva e sanità pubblica, 33 all'assistenza distrettuale, 24 all'assistenza ospedaliera, 4 sono di contesto per la stima del bisogno sanitario, 1 è indicatore di equità sociale, 10 sono individuati per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Attraverso questo strumento il NSIS misura, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il sistema vuole essere un sistema descrittivo, in grado di confrontare anche i risultati raggiunti in tutte le Regioni, associando a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, nonché sicurezza delle cure.

Le Aziende Sanitarie sono innanzitutto la fonte dei dati che affluiscono nel sistema e per questo sono state richiamate anche ad obiettivi specifici di attenzione alla qualità delle informazioni fornite, in tutti i flussi informativi, previsti nel sistema degli indicatori con riferimento in particolare ai Flussi Informativi dei Dispositivi Medici, ai Flussi Informativi della Farmaceutica, all'assistenza domiciliare (flusso SIAD), all'assistenza residenziale e semiresidenziale (flusso FAR), all'assistenza psichiatrica e ai disabili psico-fisici e ai malati terminali.

L'analisi dei dati e dei risultati degli indicatori è finalizzata a definire di conseguenza interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare o avviati per migliorare la performance aziendale, anche attraverso piani mirati e sistematizzati.

L'ASLCN1, anche ottemperando agli obiettivi che la Direzione Generale riceve dall'Assessorato, è attenta sia nella fase di produzione dei dati che servono alla costruzione degli indicatori, sia nella fase di analisi dei risultati, confrontando gli output ottenuti con i target attesi e i riferimenti delle medie nazionali e regionali.

Ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero

Alla luce della straordinaria opportunità costituita dal PNRR, la Regione pone l'obiettivo del conseguimento della programmazione validata dai Ministeri competenti per i diversi investimenti che compongono la pianificazione in relazione alle Grandi Apparecchiature Sanitarie del parco

tecnologico ospedaliero, rispettando i vincoli e le condizionalità previste dal POR e i relativi *milestone* e *target*.

Anche negli obiettivi di mandato della Direzione Generale e puntualmente richiamati negli obiettivi annuali, l'Assessorato Regionale richiede l'ottemperare alle scadenze fissate sia dalle norme nazionali sia dagli obiettivi regionali per le tecnologie sanitarie.

L'importanza della digitalizzazione nel mondo sanitario

La Missione 6 C2 del PNRR, all'investimento 1.3 individua il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e la simulazione dei dati. Tale investimento prevede tra gli altri ambiti di intervento, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), "al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari". Il FSE ha il compito di svolgere tre funzioni chiave:

- essere punto di accesso per le persone e i pazienti per la fruizione dei servizi essenziali forniti dal SSN;
- costituire base dati per i professionisti sanitari, contenente informazioni cliniche omogenee che in prospettiva dovranno essere la storia clinica del paziente;
- diventare strumento per le ASL, che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare le prestazioni dei servizi sanitari.

Con riguardo al FSE, la Regione Piemonte ha intrapreso da anni la sua attivazione, promuovendo nel tempo interventi di digitalizzazione, archiviazione, alimentazione da parte delle Aziende Sanitarie, anche in considerazione della passata emergenza COVID-19, riconoscendo la valenza strategica del FSE, quale strumento funzionale al miglioramento dei percorsi di cura.

Da parte dell'Azienda Sanitaria è necessario che vengano effettuati interventi di gestione dei documenti clinico-sanitari e di integrazione con l'infrastruttura regionale, al fine di consentire l'alimentazione dei FSE. Il modello piemontese accompagna inoltre l'alimentazione del FSE al sistema di ritiro dei referti in modalità online (il cosiddetto ROL).

In particolare l'ASL CN1 si è impegnata a rispettare le indicazioni regionali, secondo il modello regionale di digitalizzazione, archiviazione ed alimentazione del FSE e del ROL, con i seguenti documenti prioritari: i referti di laboratorio analisi, i referti di anatomia patologica, i referti di radiologia e le relative immagini con l'integrazione dei sistemi PACS, i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione ospedaliera. In particolare questi ultimi documenti, per cui il trasferimento è avviato ora, richiedono un forte impegno aziendale a rendere firmati digitalmente tutti i documenti prodotti. Nel frattempo si sono inserite nel FSE anche le ricette dematerializzate, le vaccinazioni, le procedure necessarie per l'integrazione ed evoluzione dei pagamenti elettronici con la piattaforma pagoPA e lo SPID. Su questa strada si è avviata l'alimentazione del FSE dei referti della specialistica ambulatoriale.

Già nel 2022 l'ASL CN1 è stata inserita dall'Assessorato regionale nelle iniziative di monitoraggio del *Crash Program* di alimentazione del FSE, con l'obiettivo di alimentare il FSE con i documenti clinico sanitari in coerenza alle prestazioni erogate di ricovero, ambulatoriale e PS e sin dal 05/04/2022 sono iniziati gli incontri, svoltisi con cadenza inizialmente quindicinale e poi mensile, con i Consulenti di Accenture per analizzare i dati (anche attraverso *template* per mappare lo stato dell'arte e monitorare periodicamente gli avanzamenti dell'iniziativa), verificare l'andamento, studiare iniziative di promozione dell'utilizzo delle firme digitali.

Gli informatici dell'ASL CN1 hanno anche avviato una campagna di promozione all'interno dell'Azienda dell'utilizzo delle procedure di refertazione ambulatoriale con strumenti che consentano la firma digitale dei documenti; il numero degli utenti nel corso degli anni ha seguito una tendenza positiva, aumentato in modo notevole e coprendo la quasi totalità del personale.

Per quanto riguarda la telemedicina, con la DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613 e con la DGR 20 novembre 2020, n. 17-2318, la Regione Piemonte ha fornito gli indirizzi e ha avviato la predisposizione degli strumenti per l'implementazione della televisita nell'ambito del sistema di telemedicina, dando anche spunti per il teleconsulto ed il telemonitoraggio. Fare televisita non significa impostare una videochiamata tra medico e paziente (è stato fatto così solo nella prima fase di emergenza del COVID-19) ma innestare un percorso di visita a distanza in modo sicuro sia per il medico sia per il paziente, in modo integrato con i sistemi informativi aziendali, a partire dal Centro Unico di Prenotazione (CUP) fino al sistema di refertazione ambulatoriale (in una prima fase almeno la refertazione è necessaria in previsione poi di un'auspicabile gestione informatizzata del paziente nel suo percorso ambulatoriale). L'innesto del sistema di televisita nell'organizzazione del reparto non è una questione a sé stante, ma è integrata con quelle procedure che devono di per sé essere già definite: il sistema di accettazione (eventualmente accompagnato da una prenotazione al CUP), la refertazione digitalizzata che produce un referto da ritirarsi a distanza (ROL) e l'archiviazione nel FSE.

La delibera regionale ha avuto il merito di introdurre alcuni elementi innovativi: innanzitutto aver riconosciuto la televisita come modalità di erogazione di prestazioni nell'ambito delle visite di specialistica ambulatoriale, equiparata alla modalità tradizionale di visita per quanto concerne la modalità di prescrizione (in coerenza con il nomenclatore tariffario regionale e stesso sistema di remunerazione); l'inserimento ad agenda CUP della televisita in telemedicina; la possibilità di tracciare e rendicontare le prestazioni erogate in telemedicina attraverso il flusso C; la possibilità di sperimentare altre tipologie di prestazioni oltre la televisita (es. teleconsulto, telemonitoraggio/telecontrollo, teleassistenza e teleriabilitazione). Inoltre la Deliberazione della Giunta Regionale n. 13-2103 del 16/10/2023 ha normato l'estensione del numero di prestazioni ambulatoriali della branca 08 (Cardiologia) erogabili in regime di esenzione alla compartecipazione della spesa sanitaria e inserimento nel Nomenclatore Tariffario di una nuova prestazione della branca di cardiologia per il controllo e il monitoraggio, anche a distanza, di particolari patologie cardiologiche.

L'investimento in telemedicina, previsto nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 Salute, componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", investimento 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", sub investimento 1.2.2 "Centrali operative territoriali" e 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici", rappresenta un'opportunità per strutturare un'infrastruttura regionale, che come da indicazioni di AGENAS, possa essere integrata con la piattaforma nazionale di telemedicina e il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Successivamente con la D.C.R. 20/12/2022, n. 257-25346 "(Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte" è stato recepito il nuovo modello dell'assistenza territoriale (D.M. 23/05/2022, n. 77) nella Regione Piemonte.

In base al D.M. 77/2022, lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

Nell'ambito della gestione delle patologie croniche, la telemedicina rappresenta un ambito prioritario, in quanto tra i servizi verticali di telemedicina adottabili, il monitoraggio da remoto in modalità sincrona o asincrona attraverso *device* o mediante la compilazione da parte del paziente di questionari condivisi con il professionista sanitario sembra migliorare la qualità della vita di pazienti, anche ai fini di una de-ospedalizzazione precoce o di un minore accesso inappropriato in Pronto Soccorso.

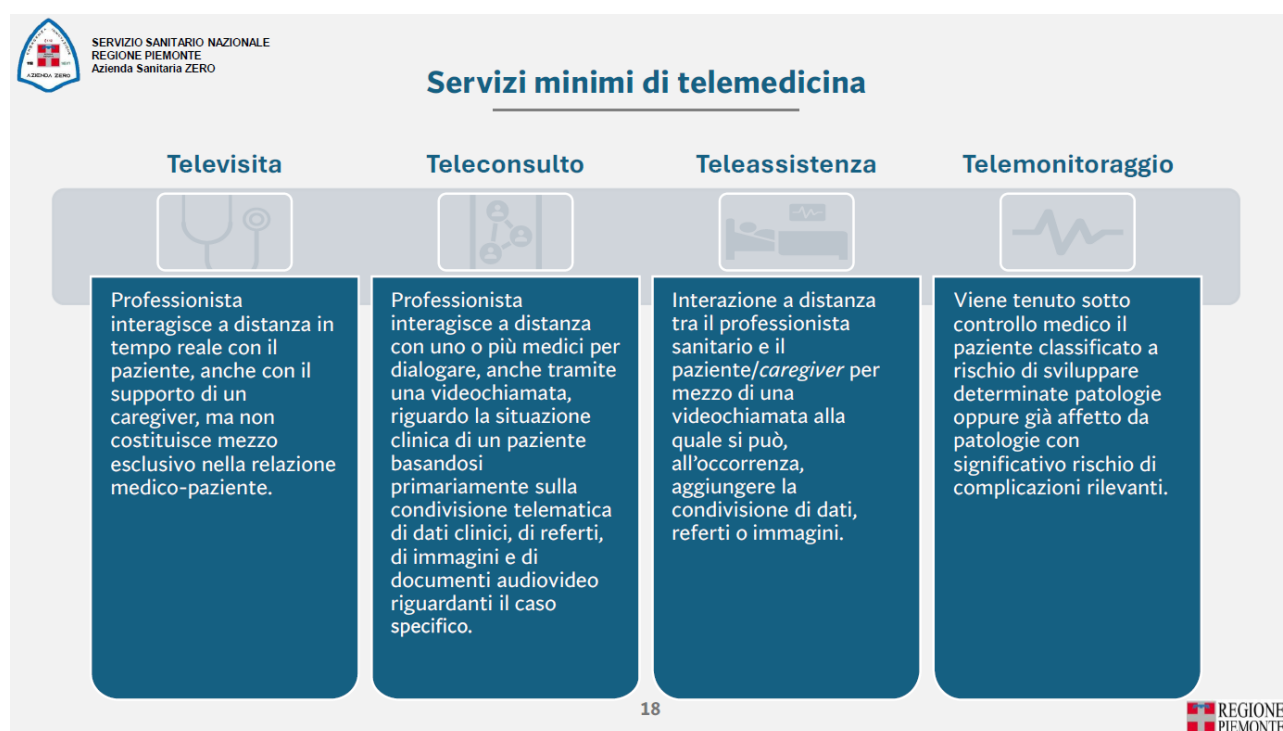
In questi termini, quindi, la Telemedicina e l'interoperabilità dei sistemi informativi sono concetti fondamentali perché permettono di erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie a distanza, in modo tempestivo, sicuro ed efficace; favoriscono la continuità assistenziale tra i diversi livelli e setting di cura, facilitando lo scambio di informazioni cliniche e amministrative tra i professionisti sanitari e sociosanitari; migliorano la qualità della vita delle persone assistite, riducendo gli spostamenti, i tempi di attesa, i ricoveri ospedalieri e le complicazioni cliniche.

Con D.M. del 21 settembre 2022 "Approvazione delle Linee Guida per i servizi di Telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio", in vigore dal 2 novembre 2022, sono state approvate le Linee guida che stabiliscono i requisiti funzionali e livelli di servizio per la progettazione dei servizi di telemedicina da parte delle Regioni e Province Autonome, al fine di garantire l'omogeneità a livello nazionale. Con D.M. del 30 settembre 2022 "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina" con cui il Ministro della salute di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale ha disciplinato le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. Infine, la previsione dell'utilizzo del telemonitoraggio del paziente è prevista nell'ambito dei LEA (DPCM; 12/01/2017) ed anche nel recente documento della Mission 6 del PNRR.

Gli strumenti del telemonitoraggio spesso possono essere utilizzati in parallelo a quelli già citati del Teleconsulto. La tematica è molto ampia, in quanto già da anni si utilizzano tecnologie digitali in diversi campi della medicina: ad esempio nell'ambito cardiologico per il controllo a distanza dei

pacemaker e di altre strumentazioni di elettrofisiologia, nell'ambito diabetologico per il controllo a distanza dei dosaggi di insulina e dei valori dell'emocromo, nell'ambito nefrologico per le teledialisi. Le tecnologie digitali sono sempre più integrate con strumenti di autocontrollo da parte del paziente e di trasmissione a distanza dei valori che vengono rilevati.

Nell'ambito del sub-investimento PNRR M6C1 1.2.3.2 Servizi di telemedicina, la DGR 27 maggio 2024, n. 40-8656, ha identificato Azienda Zero come soggetto tenuto all'implementazione dei servizi di telemedicina per la Regione Piemonte, con l'obiettivo di assicurare che l'erogazione dei servizi attraverso la telemedicina avvengano in modo più equo e uniforme sul territorio nazionale. I servizi minimi di telemedicina comprendono la televisita, il teleconsulto, la teleassistenza e il telemonitoraggio. In questa direzione Azienda Zero, con Deliberazione del Direttore Generale n. 0000133/01.00/2024 del 30 aprile 2024, ha costituito il Gruppo Regionale di Telemedicina ai sensi della DGR 6 novembre 2023, n. 20-7658, chiedendo a tutte le AASSRR di nominare dei rappresentanti per la partecipazione ai Gruppi di lavoro specialistici.



È molto interessante anche immaginare che per il futuro prosegua il percorso di riportare alla programmazione e alla regia regionale il maggior numero di iniziative di digitalizzazione, secondo l'iter già avviato, ad esempio per il CUP unico regionale, il sistema vaccinazioni SIRVA unico, i servizi in ambito di Cartella Clinica ed Enterprise Imaging (Digitalizzazione DEA/PS – Rete Ictus), il SIRMET – Sistema Informativo Regionale Medicina e Trasmfusionale, il sistema ADT e PS unico.

Questo tipo di visione comune ha già portato e potrebbe ancora portare un ulteriore incremento di efficienza ed efficacia, in quanto rende possibile uniformare i processi clinico-sanitari-amministrativi tra le varie aziende sanitarie, aumentando anche le possibilità di integrazione e gli scambi delle informazioni e rendendo omogenee le modalità di gestione delle stesse.

In tutti questi campi, va tenuto presente che la tecnologia, se da un lato offre possibilità straordinarie, dall'altro induce nuove vulnerabilità, cui, tramite i dati, si espongono i soggetti che li

affidano al sistema. È importante che ci sia un buon governo per limitare i rischi che esponenzialmente aumentano, aggiungendo al rischio clinico il rischio informatico perché i dati su cui si fondano le diagnosi non devono essere alterati o alterabili e devono essere messi disponibili in forma sicura ai professionisti sanitari, in forma stabile. Anche l'accesso indebito ai dati sanitari è violazione del diritto all'intangibilità della propria vita.

Inoltre, il rischio cibernetico, in ambito sanitario, ha effetti importanti non solo dal punto di vista del singolo, ma anche dal punto di vista collettivo, in quanto possibili cyber attacchi possono avere effetti devastanti su molti cittadini, impedendo l'erogazione di prestazioni sanitarie (le cosiddette violazioni di disponibilità), o nel caso di alterazione di dati dei pazienti (le violazioni di integrità), errori clinici su larga scala, causando disservizi gravissimi, ingenerando errori diagnostici o terapeutici o paralizzando l'attività di cura.

La minaccia cibernetica è notevolmente cresciuta in quantità e qualità, la Pubblica Amministrazione garante della disponibilità, integrità e riservatezza delle informazioni gestite è chiamata a proteggere i dati e ad aumentare di conseguenza la fiducia nei servizi digitali erogati dalla PA.

A questo proposito, per quanto la cybersecurity, nel 2024 l'ASL CN1 ha deciso di sottoscrivere una convenzione con il CHEDIH – *Circular Health European Digital Innovation Hub*, per i servizi del centro di trasferimento tecnologico e innovazione digitale. Tale decisione prende avvio dal recepimento italiano della Direttiva (UE) 2022/2555 NIS 2 con il D. Lgs. 138/2024 e dall'emanazione della Legge 90/2024; secondo la direttiva le aziende devono soddisfare una serie di requisiti per garantire un elevato livello di sicurezza informatica, in grado di identificare, prevenire e rispondere efficacemente alle minacce informatiche, proteggendo le infrastrutture critiche e i dati sensibili. Inoltre, viene disciplinata la responsabilità degli organi di amministrazione e direttivi, affermando che sono responsabili di violazioni, e che sono tenuti a seguire formazione in materia di sicurezza informatica promuovendo l'offerta periodica di una formazione coerente ai loro dipendenti e a favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze sufficienti, al fine di individuare i rischi e valutare le pratiche di gestione dei rischi, per la sicurezza informatica e il loro impatto sulle attività del soggetto e sui servizi.

Per accedere a tali servizi è stato necessario completare, quale pre-requisito necessario alla partecipazione al progetto europeo e previsto obbligatoriamente dal programma, il *Digital Maturity Assessment* (DMA), predisposto dal partner incaricato da CHEDIH, CSI Piemonte (Consorzio per il Sistema Informativo), che ha consentito di profilare la maturità digitale dell'Ente. I risultati restituiti hanno consentito di individuare una serie di esigenze aziendali, tra cui un percorso di training sui temi di cybersecurity e sugli adempimenti derivanti dalla Direttiva NIS 2.

Nel primo trimestre 2025 verrà avviato un primo modulo formativo dal titolo "*Test Before Invest – Advanced Cybersecurity assessment for LHA – Phishing Risks*", le cui attività saranno erogate gratuitamente, senza alcun onere da parte dell'ASL CN1, in quanto le attività verranno rendicontate nell'ambito del Progetto Europeo soprarichiamato e vedrà il coinvolgimento di cento dirigenti apicali. Gli obiettivi del corso sono quelli di assicurare che il personale dell'Ente acquisisca le conoscenze e le competenze necessarie per proteggere le infrastrutture critiche e i dati sensibili e quello di promuovere e accrescere una maggiore consapevolezza delle persone sulle procedure da seguire in caso di incidenti informativi, al fine di identificare eventuali aree di miglioramento.

Nel corso dell'anno saranno previsti anche altri percorsi formativi sui temi della cybersicurezza e dell'applicazione della NIS 2, con il coinvolgimento di una platea ancora più ampia, così da

coinvolgere tutto i livelli del personale aziendale in una formazione periodica, non solo come obbligo legale, ma soprattutto come misura organizzativa fondamentale per mitigare i rischi informatici.

Accessibilità ricoveri e prestazioni ambulatoriali (tempi di attesa)

I tempi di risposta del Servizio Sanitario rispetto alle richieste dei cittadini sono monitorati attraverso la quantità delle prestazioni erogate, i punti di accesso e soprattutto i tempi di attesa per l'erogazione delle visite specialistiche, delle prestazioni di diagnostica e per i ricoveri.

Le criticità dei sistemi rispetto al fabbisogno della popolazione sono state accresciute dall'epidemia da COVID- 19, in quanto tutta l'Azienda è stata assorbita dalla gestione dei problemi di gestione del paziente, dalla prevenzione delle infezioni, dal tracciamento dei contatti, dalle vaccinazioni e dall'isolamento dei malati ricoverati. Tutte le altre prestazioni hanno quindi subito dei pesanti rallentamenti; le liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri programmati si sono allungate e hanno accresciuto il disagio dei cittadini, generando anche un senso quasi di frustrazione dei sanitari che non sono riusciti a svolgere la loro attività in modo coerente ai bisogni dei pazienti.

Negli obiettivi della Direzione Generale è richiesto il recupero delle prestazioni al livello del 2019 (ante COVID), al fine di consentire il recupero delle prestazioni non erogate o rimandate, per riprendere le funzioni complete in tutti i livelli essenziali di assistenza ed in particolare quello dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali.

In ogni caso, la questione dei tempi di attesa è centrale come valore pubblico nei confronti del cittadino, perché si tratta di un diritto di accesso che non solo è fortemente sentito dall'utenza ed è il più richiesto; è inoltre il primo passo per la "presa in carico del paziente" ed il presupposto per l'offerta dei servizi sanitari.

Allo scopo di migliorare i tempi di attesa l'ASLCN1 si impegna, compatibilmente con le risorse del personale, a sviluppare percorsi che garantiscano, in tutti i sistemi possibili, il miglioramento delle tempistiche di attesa, anche attraverso lo strumento della telemedicina, il coinvolgimento del privato, la gestione dei percorsi integrati anche con gli MMG, la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni, la collaborazione con il territorio di riferimento, per riuscire a migliorare e a gestire questa problematica che è sentita come principale nell'ambito del Valore Pubblico.

Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)

Il DL n. 73, 7 giugno 2024, convertito nella Legge n. 107, 29 luglio 2024, prevede misure concrete per aumentare l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale in particolar modo nell'ambito delle questioni che riguardano le liste di attesa.

Con l'obiettivo di tutelare il diritto alla salute degli italiani, la norma prevede un nuovo sistema di monitoraggio più efficace e strumenti di controllo che vedono in prima linea le Regioni e il Ministero della Salute con un Organismo che ha titolo ad accedere presso le Aziende, in caso di inadempienza. Inoltre, presso ciascuna Regione deve essere identificato un Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria – RUAS che deve individuare gli interventi utili a correggere le problematiche emerse a seguito dei controlli dell'Organismo.

Ai cittadini deve essere garantita la prestazione nei tempi previsti dalla classe di priorità individuata nel PNGLA; in caso di impossibilità a rispettare tali tempi con il servizio pubblico, la prestazione dovrà essere garantita ricorrendo all'intramoenia o al privato accreditato, facendo corrispondere il solo importo del ticket, se previsto.

L'ASL CN1, in ottemperanza alla normativa, pubblica sul sito istituzionale un monitoraggio mensile che informa i cittadini sui tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni ambulatoriali previste dal PNGLA.

Indicatori del Programma Nazionale Esiti

Il Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute, ha l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le analisi su cui lavora il PNE riguardano prevalentemente lo studio della variabilità dei processi e degli esiti assistenziali tra soggetti erogatori (Aziende Sanitarie, Ospedali pubblici e privati) e tra gruppi di popolazione; inoltre monitorano nel tempo i trattamenti di efficacia clinica con lo scopo di produrre evidenze epidemiologiche (approccio di *Evidence-based Public Health*), sulle relazioni esistenti tra assetti strutturali, modalità di erogazione delle prestazioni ed efficacia delle cure, anche nell'ottica di identificare criticità su cui indirizzare interventi volti al miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza.

Le fonti informative sono le schede di dimissione ospedaliera, raccolte da oltre 1300 ospedali italiani pubblici e privati (accreditati e non) e i dati dell'anagrafe tributaria dalla quale si desume lo stato in vita dei pazienti.

È da sempre stato sottolineato che il PNE rappresenta uno strumento di valutazione anche per aumentare la qualità delle Aziende Sanitarie; la ricchezza della base dati utilizzata accompagnata dal rigore epidemiologico e statistico, sono una fonte di informazioni garantite ed analizzate che consentono ad ogni azienda di esaminarsi sia dall'interno sia nei confronti degli altri produttori del SSN, così come sottolineato dal Dott. Mantoan, Direttore di AGENAS, nella presentazione del PNE 2024: "Il Programma Nazionale Esiti è divenuto nel tempo uno strumento istituzionale di valutazione del SSN, utilizzato anche a fini regolatori e di controllo. L'eccellenza nel settore sanitario è un obiettivo ambizioso in cui la misurazione e la valutazione comparativa degli esiti degli interventi sanitari sono considerate le strategie fondamentali per promuovere la qualità e l'equità dell'assistenza sanitaria. [...] In tale ottica, considerando anche l'esistenza di aree di inefficienza da correggere, il PNE assume una valenza strategica per promuovere una sanità basata su dati scientifici e sul miglioramento costante dei servizi per reinvestire le risorse e favorire la trasparenza. I miglioramenti che si sono osservati nel tempo, e che il PNE ha certificato per i diversi ambiti clinici, sono attribuibili alle numerose iniziative intraprese dalle Regioni, dalle Aziende sanitarie e dagli stessi professionisti a supporto delle *performance assistenziali*".

Pertanto il PNE costituisce un potente meccanismo in grado di sostenere il cambiamento, in quanto derivato dall'osservazione dei risultati raggiunti e dalle dinamiche virtuose di ottimizzazione innescate dai professionisti che possono rintracciare in esso indicazioni importanti, metodologicamente affidabili e capaci di leggere la qualità dei servizi, anche in riferimento ad alcuni aspetti critici dell'assistenza sanitaria, quali la frammentazione della casistica per patologie con evidenze di associazione volume-esito, la tempestività nell'accesso alle cure, il ricorso a pratiche inappropriate e l'ospedalizzazione evitabile.

Indicatori del PNE ritornano spesso negli obiettivi annuali del Direttore Generale (per esempio per i parti cesarei, gli infarti, le attività ortopediche) e vengono monitorati dalle Strutture Sanitarie in collaborazione con i Servizi che gestiscono le informazioni: è importante la lettura dei dati, non solo per il confronto con i risultati e con i target, ma anche per contestualizzarne l'andamento rispetto a

realità aziendali simili all'ASLCN1 ed eventualmente rettificare possibili scostamenti sia dal punto di vista del miglioramento delle attività, sia come analisi dei numeri che vengono presentati.

La Carta dei servizi

La Carta dei servizi è uno strumento di comunicazione e di qualità finalizzato a garantire il diritto degli utenti a ricevere le prestazioni rese dall'Azienda con le modalità e i tempi previsti per ciascun servizio. Questa carta contiene tutte le informazioni utili relative ai servizi stessi, rappresentando un impegno assunto dalle Strutture e il personale coinvolto nei confronti degli utenti, quali fattori di qualità dei servizi resi, la rapidità nell'erogazione, il rispetto dei termini, la chiarezza e completezza delle informazioni date, la facilità di accesso alle stesse, la partecipazione al miglioramento dei servizi da parte degli utenti, la disponibilità e cortesia degli operatori, la loro professionalità e competenza.

Il rispetto di questi fattori, congiunto alle idonee azioni di monitoraggio e controllo, anche sulla base dell'individuazione di indicatori di qualità e dei relativi standard, diviene, con la Carta dei servizi, l'impegno assunto dall'ASL CN1. La Carta dei servizi, oltre che un obbligo di trasparenza, è un biglietto da visita dell'Azienda. Consultandola, il cittadino dovrebbe ricevere tutte le informazioni necessarie ad utilizzare la struttura nel migliore dei modi per ottenere efficaci ed efficienti risposte al suo bisogno di essere curato, sapendo di poter contare su un'organizzazione che si prende cura di lui.

Il Bilancio Sociale di Mandato

Attraverso questo strumento è possibile rendicontare le dinamiche relazionali che si instaurano con i cittadini e gli stakeholder esterni e interni (clienti, fornitori, finanziatori, collaboratori, ma anche residenti delle aree limitrofe all'Azienda o gruppi di interesse locali). Il Bilancio Sociale si configura come un vero e proprio processo di analisi dei rapporti che l'organizzazione intrattiene con tutti i portatori di interesse nei confronti dell'ASL CN1: questo approccio porta a un ragionamento profondo sul modello organizzativo, sulle relazioni sociali e sulla distribuzione efficace del valore aggiunto creato con la propria attività. Offre una rappresentazione ed esprime il senso complessivo dell'Azienda Sanitaria CN1; attraverso questo strumento l'organizzazione rende conto delle scelte compiute, dei programmi adottati, dei risultati raggiunti e degli effetti prodotti del suo operato.

Il Bilancio Sociale è al contempo un resoconto puntuale e sistematico, una forma di comunicazione chiara, esauriente e fruibile a tutti nel quale l'Azienda dimostra la coerenza delle proprie scelte con i valori condivisi e con i piani programmatici.

L'ASL CN1 intende redigere il Bilancio Sociale di Mandato ogni tre anni.

La Conferenza Aziendale di Partecipazione

La Conferenza Aziendale di Partecipazione dell'ASL CN1 raccoglie gli Organismi di Rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale, di cui all'art. 10 comma 2, L.R. n. 18 del 6 agosto 2007.

È uno strumento partecipativo con funzioni consultive e di proposta alla Direzione Generale, secondo quanto previsto dall'art. 14 comma 2 del D. Lgs. 502/1992, in merito alle forme di partecipazione alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari da parte delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute.

La Conferenza partecipa, con le modalità stabilite dal regolamento e in connessione con l'attività di rilevazione della qualità dei servizi, alla fase di elaborazione degli atti di programmazione dell'Azienda, con proposte volte a migliorare la qualità dei servizi, la soddisfazione dei beneficiari e degli operatori.

Il Piano Integrato di Comunicazione 2024-2026

È lo strumento di pianificazione e integrazione delle azioni attraverso cui l'Azienda risponde alle esigenze di informazione istituzionale e di comunicazione interna ed esterna; è altresì strumento finalizzato a sostenere l'organizzazione nel raggiungimento di specifici obiettivi strategici.

Il Piano è redatto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, per sottolineare la complessità e l'integrazione del sistema, in cui insieme si occupano di promuovere e tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività; la comunicazione è il canale privilegiato per esplorare l'analisi dei bisogni e della domanda di servizi sanitari, che soddisfa mediante l'erogazione diretta o avvalendosi di soggetti accreditati di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

Di seguito i principali obiettivi che si intende perseguire nel periodo 2024-2026:

1. monitorare la percezione dei cittadini nei confronti dell'ASL CN1 e migliorare i flussi di comunicazione verso l'esterno;
2. aggiornamento e/o stesura di un regolamento dei rapporti con i media;
3. stesura e pubblicazione di una social media policy e svolgimento di corsi di formazione per i dipendenti;
4. presenza attività di promozione e diffusione delle campagne di comunicazione sui diversi canali comunicativi;
5. far conoscere le nuove tecnologie a disposizione della sanità per migliorare la presa in carico dei pazienti;
6. aggiornamento della Carta dei Servizi;
7. rafforzare il senso di appartenenza dei professionisti in Azienda;
8. migliorare la partecipazione alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari da parte delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute.

Infine, assumono particolare rilevanza le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista/struttura e cittadino e la promozione di una rete di autonomia di scelta (*empowerment*) da parte di quest'ultimo, nonché a migliorare le relazioni fra l'azienda e i portatori di interesse (*stakeholder*).

Nel 2024 è stato revisionato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL CN1, aggiornato alla luce delle nuove disposizioni introdotte dal DPR 13 giugno 2023, n. 81. All'interno del documento, all'articolo 11-ter "*Utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media*", si trovano le istruzioni e le indicazioni che i dipendenti devono adottare nell'utilizzo dei vari social. Inoltre, si segnala l'impegno e la previsione della stesura di un Regolamento dei rapporti con i media, finalizzato al consolidare i rapporti con gli organi di informazione e migliorare la comunicazione mediata al cittadino.

Social Media Policy

Le numerose disposizioni in materia di attività digitale delle pubbliche amministrazioni sono raccolte nel D.lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 "Codice dell'Amministrazione Digitale" (CAD), le circolari AGID, atti redatti con l'obiettivo principale di fornire un quadro idoneo a promuovere e disciplinare la diffusione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione sia nell'ambito dell'attività interna della Pubblica Amministrazione, sia nei rapporti con i cittadini. L'ASL CN1 (d'ora in poi denominata "Azienda") riconosce il web e i new media quali strumenti fondamentali per favorire l'informazione,

la comunicazione di pubblica utilità e di emergenza e il dialogo con i cittadini. Essi rappresentano le nuove modalità di interazione e partecipazione che l'Azienda intende utilizzare, non solo per comunicare in maniera efficace le proprie attività e iniziative, ma anche per ascoltare e monitorare le esigenze e il livello di soddisfazione dei cittadini (il cosiddetto *sentiment analysis*). I Social Media sono canali di comunicazione istituzionali che contribuiscono al rafforzamento della reputazione dell'Azienda presso gli stakeholder esterni e del senso di appartenenza di dipendenti e collaboratori.

Con Deliberazione n. 23 del 16/01/2025 è stato approvato il Regolamento Social Media Policy dell'ASL CN1, che esprime un ulteriore strumento per lavorare su una comunicazione che sia in grado di raccontare quanto di buono è stato già realizzato, in particolare sui territori.

Progetto WELLGRANDA

A partire dall'autunno 2023, l'ASLCN1 ha aderito al progetto della Fondazione CRC definito "Wellgranda" che ha lo scopo di promuovere e sviluppare sistemi innovativi di welfare capaci di migliorare il benessere sociale e culturale delle persone, coinvolgendo tutti gli enti della provincia, con l'obiettivo di condividere l'elaborazione del *piano di visione* finalizzato alla realizzazione di un'infrastruttura per lo sviluppo multidimensionale del Welfare sul territorio della provincia di Cuneo.

L'azione WELLGRANDA ha l'obiettivo di realizzare un'**infrastruttura permanente, fisica e virtuale, che supporti e accompagni azioni operative e strategiche di Welfare Territoriale nella provincia di Cuneo**, contribuendo a rendere il territorio responsivo alle opportunità di welfare in ottica di innovazione e circolarità a beneficio della comunità della Granda.

Nel corso del 2023, si è svolta, l'Academy Territoriale di 5 giorni (settembre/ottobre/novembre 2023) durante i quali i partecipanti hanno potuto sviluppare competenze teorico-pratiche di welfare anche attraverso la sperimentazione di strumenti dedicati dal *Design Thinking* e dal *Design Sistemico*.

WELLGRANDA I Reti di Welfare

Modellizzazione

Sviluppare servizi per il



Caratterizzati da una forte



Mediante percorsi di



Per lo sviluppo di una



La visione sistemica parte dall'assunto che, come dice Stefano Zamagni, "[...] Procedere con avanzamenti settoriali non è più possibile: si rende sempre più necessaria una sintesi tra diverse visioni sul tema". Come previsto dal Report IPL – Welfare state Parte 1 Modelli di Welfare state in Europa, il passaggio fondamentale è passare da collaborare a cooperare, con un cambiamento di prospettiva che si concretizza attraverso la sussidiarietà circolare, per arrivare ad un modello che

consenta alle tre sfere che compongono la società (Stato, mercato e Terzo Settore), di realizzare una sorta di *patto tra di loro*, per dialogare e operare insieme: quello che si definisce *cooperare*.

Il progetto richiede la collaborazione tra attori pubblici, privati for profit e privati non profit, per valutare la creazione di un modello che generi innovazione sociale complementare a sistemi di *welfare* pubblico, nelle dimensioni di vita, legate al *welfare* culturale, lavorativo, sanitario, di comunità e del paesaggio.

In particolare al tavolo Sanità si è lavorato su tre aspetti principali: prestazioni di *welness* aziendale (*mindfulness*, scuola del cammino, ...), miglioramento dei trasporti e accessibilità, sia per i dipendenti sia per i cittadini, facilitazione per la gestione dei familiari, minori ed anziani, rivolta ai dipendenti.

CRASL CN1: la rinascita del Circolo Ricreativo Aziendale dei Lavoratori dell'ASL CN1

A maggio 2024 la Fondazione CRC, in qualità di Ente Promotore ha confermato l'interesse a promuovere una rete di ricerca e modellizzazione nell'ambito del *welfare* aziendale e territoriale in provincia di Cuneo, mediante l'adesione di apposita convenzione firmata e approvata dalla Direzione dell'ASL CN1. Le esigenze emerse in Azienda sono state:

- maggiore socializzazione;
- semplificazione di attività casa-lavoro;
- rafforzamento del riconoscimento di identità aziendale e senso di appartenenza;
- opportunità di servizi offerti dal territorio sia culturali, sia commerciali, sia sportivi, sia formativi con particolare attenzione ai dipendenti dell'ASL CN1, con potenziale estensione anche alle famiglie e ai dipendenti in pensione.

A luglio 2024 l'ASL CN1 ha presentato la candidatura al servizio di **Accompagnamento Progettuale di WELLGRANDA | Reti di Welfare**, con l'idea progettuale di ripristinare il CRAL aziendale, nell'ottica di creare *welfare* in Azienda, rispondendo alle esigenze dei dipendenti in tema di benessere lavorativo, dando ai medesimi la possibilità di sfruttare al meglio il loro tempo libero, aumentando la motivazione e la soddisfazione professionale. Il progetto è stato selezionato per la partecipazione al percorso di attuazione del progetto, attraverso un servizio di consulenza e accompagnamento, rivolto ad enti e partenariati interessati a sviluppare progettualità di *welfare* nel territorio della provincia di Cuneo, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di nuove soluzioni di *welfare*, che contribuiscano al miglioramento del benessere delle persone e del territorio, accompagnati da esperti di innovazione sociale.

È stata redatta la scheda progettuale, ancora in fase di definizione, nella quale è stato dettagliato il progetto sia a livello operativo e attuativo sia a livello di budget e risorse; l'idea progettuale e la scheda sono state il prodotto delle prime due fasi di Assessment ed Esplorazione, alle quali ha partecipato la S.S. Ciclo della Performance e Progetti Innovativi in qualità di referente del progetto. A dicembre 2024 ha preso avvio la fase di Co-progettazione, un programma di consulenza composto da incontri 1to1 (*one-to-one*) con gli esperti del team WELLGRANDA, focalizzati sugli aspetti identificati come strategici per lo sviluppo e l'attuazione della progettualità candidata.

Nel 2025 il progetto verrà contestualizzato nell'ambito della programmazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo e potrà quindi essere attuato e reso operativo, ripristinando quindi il CRAL dell'ASL CN1; seguiranno le ultime due fasi di Monitoraggio e Networking, che andranno a chiudere il percorso di all'interno di WELLGRANDA.

La progettazione innovativa in ASLCN1

Dall'autunno 2023 l'ASLCN1 ha strutturato l'Ufficio Progetti esistente in una Struttura dedicata, al fine di promuovere con particolare attenzione la progettazione con finanziamenti dedicati, provenienti da soggetti esterni all'Azienda: il ruolo strategico deriva anche dalla valutazione dell'importanza di tali progetti non solo come forma di finanziamento aggiuntivo, ma come spunto all'innovazione dell'Azienda. Dall'analisi della situazione esistente, ricca di progetti in tutti i settori dell'Azienda, è scaturita la necessità della revisione del *Regolamento sulla disciplina e la gestione di progetti aziendali finanziati da soggetti esterni* e il conseguente adeguamento del *Modulo richiesta autorizzazione al progetto*, in quanto la gestione dei progetti coinvolge tutta l'Azienda e, al fine di una corretta ed efficace progettazione, è necessario regolamentare le attività da porre in essere e i ruoli e le responsabilità dei diversi attori in esso coinvolti. Con deliberazione n. 47 del 09 febbraio 2024, l'ASL CN1 ha proceduto alla revisione e conseguente riadozione del regolamento.

Nel corso del 2025 si prevede di procedere anche alla relativa revisione del *Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni*.

Servizio Civile: SOS D.E.A.

Nel 2025 sarà attivo il progetto di Servizio Civile che coinvolgerà il Dipartimento Emergenza Urgenza e Accettazione – Pronto Soccorso di Savigliano e permetterà a quattro giovani dai 18 ai 28 anni di svolgere un servizio di supporto all'accoglienza del paziente presso la struttura e durante tutto l'iter assistenziale. È prevista una formazione generale di 35 ore, una formazione specifica di 72 ore e un tutoraggio nel corso dell'attività. Il progetto, della durata di un anno, prevede un impegno di 24 ore settimanali.

L'idea progettuale deriva dalla volontà di migliorare la risposta ai bisogni di supporto, assistenza e informazione degli utenti e dei loro accompagnatori e dalla gestione della comunicazione e del clima relazionale nella sala d'attesa, in un momento storico in cui l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei problemi psicosociali, che si sommano a quelli sanitari, oltre alla maggior "impazienza" dell'utenza, portano a sovraffollamento, aumento dei tempi di attesa, aggressioni verbali e fisiche al personale impiegato nel servizio.

Con la partecipazione dei volontari si cercherà di soddisfare i bisogni di accoglienza, orientamento e comunicazione dell'utenza.

Il risparmio energetico e l'attenzione all'ambiente

Nel periodo storico che stiamo vivendo le tematiche ambientali e la necessità di ricorrere all'uso delle fonti energetiche in modo più oculato sono diventate argomento di grandissima attualità. Il Dipartimento della Funzione Pubblica, stimola, attraverso diverse iniziative, la Pubblica Amministrazione al risparmio, riconoscendola come "un settore strategico per contribuire al piano di risparmio energetico e di uso razionale e intelligente del gas e dell'energia".

Già nel 2023, l'ASL CN1 ha aderito al decalogo delle azioni di miglioramento, efficientamento e razionalizzazione nel settore pubblico, contenuto nel documento "Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione".

Oltre che con gli opportuni interventi strutturali e gli adeguamenti a quanto previsto dalla norma l'ASL CN1 ha aderito anche attraverso la sensibilizzazione dei dipendenti, nell'utilizzo delle diverse forme di energia, non solo con attenzione al risparmio, ma anche agli aspetti di miglioramento dell'ecologia e dell'ambiente.

La campagna dell'ASLCN1 "Aiutaci ad essere GREEN" si è attivata attraverso cartelli che ricordano di privilegiare la luce solare e spegnere le luci se non più necessarie e comunque all'uscita dalle stanze, spegnere i pc ed i monitor al termine della giornata lavorativa, utilizzare le stampe cartacee solo se necessario, chiudere le finestre nel caso di utilizzo di condizionatori, scegliere di fare le scale a piedi ed evitare l'ascensore se non necessario.



L'Azienda è sensibilizzata anche allo smaltimento corretto e consapevole dei rifiuti prodotti, intensificando i controlli e verificando le modalità ed i percorsi per l'adeguato e differenziato conferimento degli scarti, a partire dal *vending* fino ad arrivare alla sala operatoria. È da segnalarsi la particolare attenzione che arriva anche direttamente dai clinici impegnati in progetti con la collaborazione dell'Università di Torino.

Il progetto **SOS CO2: verso una sostenibilità ambientale**, avviato nel 2024 con il supporto del Mobility Manager dell'ASL CN1 e redatto in accompagnamento alla richiesta di finanziamento alla Fondazione CRC "Interventi Straordinari 2024 – Progetti di sostenibilità ambientale", è nato dall'esigenza di ridurre le emissioni di CO2, fattore che influisce gravemente sui mutamenti climatici e a un peggioramento delle concentrazioni di particolato e ossidi di azoto, che possono avere conseguenze dirette sulla salute dei cittadini. In tale senso l'Azienda, consapevole della complessità del processo, ha voluto intraprendere un percorso di riduzione delle emissioni derivanti dalla circolazione di autoveicoli obsoleti, rimodernando il parco auto aziendale e sostituendo alcuni mezzi con altri a minore impatto ambientale.

Per individuare le specifiche esigenze si è fatto riferimento anche alle analisi emerse dal Piano Spostamento Casa Lavoro del Personale Dipendente, rispetto all'utilizzo delle auto in dotazione al parco auto aziendale per la sede di Cuneo, in cui sono stati presi in considerazione i movimenti delle autovetture allargando i risultati, per analogia, anche alle altre sedi aziendali, in particolare Savigliano, Saluzzo, Fossano e Mondovì. Le Linee Guida inserite incentivano l'incremento delle riunioni da remoto, la promozione dell'utilizzo condiviso delle auto aziendali (*car sharing*), la sostituzione delle auto con veicoli alternativi (es. mezzi pubblici) e la sostituzione del parco autoveicoli con mezzi più recenti con un livello di emissioni ridotte.

Grazie al progetto presentato e al finanziamento ricevuto sono stati acquistati:

1. n. 1 furgone per il trasporto in regime di temperatura dei campioni e matrici in ambito zootecnico e sicurezza alimentare in uso al Presidio Multizonale Profilassi e Polizia Veterinaria (PMPPV);
2. n. 2 pulmini nove posti per il trasposto utenti della Psichiatria Territoriale;
3. n. 5 autoveicoli ibridi in dotazione al parco auto aziendale.

Il Disability Manager

Il Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222 "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'art. 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227" ha previsto, all'art. 3, comma 1, che le pubbliche amministrazioni, nell'ambito del personale in servizio, individuino un dirigente amministrativo, ovvero altro

dipendente ad esso equiparato, che abbia esperienza sui temi dell'inclusione sociale e dell'accessibilità delle persone con disabilità anche comprovata da specifica formazione, affinché:

- definisca specificatamente le modalità e le azioni di cui all'art. 6, comma 2, lettera f), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;
- definisca un'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità, secondo quanto previsto all'art. 39 ter del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i..

L'ASL CN1 ha ritenuto opportuno, in relazione alle incombenze previste dal Decreto e considerata la specificità degli interventi previsti, individuare due Responsabili in qualità di Disability Manager, con precise competenze professionali per l'espletamento delle attività previste dalla normativa.

Whistleblowing: il portale di segnalazione

In attuazione al Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, recante *“Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”* e in conformità alle Linee Guida emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, nel 2024 è stato attivato il canale interno informatico per la gestione delle segnalazioni, presente sul sito istituzionale dell'ASL CN1.

Attraverso il portale verrà garantita la totale riservatezza del segnalante; va da sé che maggiore è il livello di automazione in questa fase del processo maggiore sarà la riservatezza e protezione garantita ai segnalatori. A questo si aggiunge che un processo automatizzato permette anche una migliore gestione delle segnalazioni da parte degli uffici competenti che possono in questo modo non solo rispettare i requisiti normativi ma, nel concreto, anche migliorare notevolmente la gestione fornendo feedback tempestivi ed efficaci, mostrando proattività nei confronti dei segnalatori e risolvendo in maniera proficua problematiche, rischi e minacce al buon funzionamento dell'organizzazione.

La protezione dati personali e l'ASL CN1

La considerazione della protezione dati personali implica il concetto di sicurezza intesa non soltanto con il concetto di privacy come riservatezza, ma anche gestire e conservare i dati personali con attenzione all'integrità ed alla disponibilità dei loro contenuti, quale bene prezioso che gli interessati danno in consegna all'Azienda Sanitaria.

La visione di protezione del dato, fondata sul principio dell'*accountability*, cioè sulla responsabilizzazione dei soggetti che trattano i dati degli interessati, è un sistema di difesa di diritti dei cittadini, che vengono rafforzati:

- il diritto di poter sapere se, come e per quanto tempo i dati vengono trattati;
- quali misure vengono intraprese per la tutela delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati in relazione ai trattamenti dei dati posti in essere dall'ASL CN1: ad esempio le soluzioni volte ad evitare la chiamata nominativa dell'assistito, in situazioni di attesa; le soluzioni volte ad evitare la conoscenza di informazioni sanitarie a terzi; le modalità di comunicazione delle informazioni personali; la scelta di apparati tecnologici che rispettino i requisiti di cybersicurezza; le strategie di scelta delle procedure informatiche che rispettino i requisiti di riservatezza, integrità e disponibilità delle informazioni.

D'altra parte l'evoluzione dei sistemi sanitari richiede lo sviluppo dell'innovazione tecnologica e della cosiddetta sanità digitale, allo scopo di incrementare l'efficienza e dare impulso alla qualità della vita, anche attraverso strumenti, quali il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina, il cui impatto sulla relazione di cura richiede la predisposizione di conoscenze e attenzioni da costruire con il massimo rispetto degli utilizzatori finali.

Nelle informative si descrivono le informazioni che devono garantire al paziente la conoscenza di quanto viene fatto. L'informativa è lo strumento che utilizziamo per fornire a tutti gli interessati le informazioni utili a comprendere chi, quando, dove, come e perché tratta e conserva i dati personali. Una misura di dovuta trasparenza che permetterà di esercitare pienamente i diritti previsti dal Regolamento: il diritto alla protezione dei dati è preconditione nella "società dell'informazione" e nel mondo del digitale.

In relazione alla tematica della protezione dei dati, quest'anno è stato realizzato l'evento formativo aziendale *"Ricerca&Formazione – Progettazione di uno studio scientifico: ricerca bibliografica, Comitato Etico, privacy, database internazionale degli studi"*, nel corso del quale il DPO aziendale ha affrontato il tema della protezione dei dati negli studi di ricerca, analizzando in particolare le disposizioni del GDPR e le recenti modifiche all'art. 110 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196). Il momento formativo è stato anche occasione per presentare il modulo della Valutazione di Impatto (DPIA) per le sperimentazioni e le ricerche cliniche, in quanto la predisposizione è obbligatoria, ciò non di meno a seguito delle modifiche normative sopra citate e delle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali; il suo utilizzo è inoltre una forma di tutela aziendale perché raccoglie tutte le informazioni e analizza il sistema nel suo complesso, contemplando anche l'eventuale utilizzo dell'Intelligenza Artificiale.

Nel corso del 2024 è stata revisionata anche la procedura del data breach, aggiornando i riferimenti normativi, con particolare rilevanza alla Direttiva NIS 2 e alla Legge 90/2024, e rendendola maggiormente operativa con la redazione del report di valutazione del rischio, un modulo utilizzato per la rilevazione di eventi e fatti riferiti all'episodio di data breach intercorso, che consente di individuare gli avvenimenti che hanno portato a una violazione di dati personali che possono compromettere la libertà dei diritti dei soggetti interessati e ricostruire i passaggi che si sono verificati, individuando a chi devono essere comunicati e in che modo.

2.1.6 Come rendere operative le strategie per il Valore Pubblico

Le attività erogate dal Sistema Sanitario vanno gestite come parti integrate dello stesso percorso, su cui si deve aver visione completa per garantire una presa in carico efficiente ed efficace che risponda ai bisogni del paziente.

L'obiettivo è quello di consentire a tutti i sistemi coinvolti di poter dialogare senza barriere migliorando l'engagement del paziente, rendendo più semplice e significativo lo scambio di informazioni tra i professionisti e permettendo un più efficiente controllo dei processi.

Il Valore Pubblico va inteso come nuova competenza di collegamento tra utenti, clinici e manager.

- **Misurazione:** incidenza, prevalenza, costo per paziente, KPI chiave, nuovi pazienti, % assegnazione risorse.
- **Alleanza professionale:** processo di budget, condivisione principi mission, definizione obiettivi, negoziazione risorse.

- **Circolarità delle conoscenze:** reportistica online e focus analysis.
- **Azioni:** azioni operative, riallocazione risorse, applicazione principi e best practices, collegamento a budget e retribuzione risultato.
- **Verifica:** verifiche, audit, confronti, idee, nascita progettualità.

2.1.7 Come si protegge il Valore Pubblico

Il rischio è un evento che può avere un effetto negativo sugli obiettivi, che può essere misurato in termini di conseguenze e probabilità. Anche per il Valore Pubblico è necessario adottare precauzioni che possano diminuire i rischi di mancata creazione o di erosione dello stesso, che costituiscono le condizioni protettive. Tali rischi si riducono in presenza di sistemi di “risk management del Valore Pubblico” capaci di individuare le precauzioni per gestire i rischi in modo integrato:

- precauzioni strategiche e operative (precauzioni per ridurre il rischio di non raggiungimento dei target);
- precauzioni di security/privacy, con riferimento al GDPR ed alla normativa italiana;



- precauzioni reputazionali (tattiche comunicative);
- precauzioni corruttive (misure anticorruttive);
- precauzioni finanziarie (analisi di bilancio);
- precauzioni ambientali (standard sostenibilità).

Gestire il rischio significa essere in grado di valutare gli effetti di un possibile disallineamento tra ciò che viene fatto e la strategia che l’azienda persegue formalmente; i sistemi di controllo di gestione, la verifica degli obiettivi programmati e i risultati raggiunti, il monitoraggio delle attività erogate e dei costi sostenuti, la gestione delle risorse del personale, l’attenzione all’anticorruzione ed alla trasparenza sono tutti riferimenti utili per proteggere il Valore Pubblico, tenendo tutte le prospettive sotto controllo in modo pragmatico e per così dire scientifico.

Sicuramente la consapevolezza di essere fallibili è di supporto nell’essere in allerta e di porre soglie di attenzione: conoscere e limitare i rischi è un primo passo per migliorare.

2.1.8 Pianificazione strategica del Valore Pubblico in ASL CN1

All'interno dell'ASL CN1 le strategie per la creazione del Valore Pubblico ed i relativi indicatori di impatto, in coerenza con i documenti di programmazione economico finanziaria (deliberazione n. 536 del 28/11/2024 Adozione bilancio di previsione 2025 in forma di provvisorio tecnico) sono i seguenti:

Sviluppo della Medicina di prossimità in linea con la programmazione della Missione 5 del PNRR, l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e rafforzamento dell'assistenza domiciliare e implementazione della Telemedicina;

Piano di recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero in ottemperanza al Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019/2021, riduzione dei tempi e delle liste di attesa, garantire il rispetto dell'erogazione delle prestazioni sanitarie evitando degenze prolungate, effettuazione delle visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica, apertura dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei festivi, assicurare una corretta comunicazione sui siti web e migliorare l'appropriatezza prescrittiva;

Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding DEA/PS garantire un miglior servizio ai pazienti che accedono al Pronto Soccorso con consulenze erogate entro i 60 minuti, limitando il tempo medio di permanenza;

Digitalizzazione FSE_Innovazione e Ricerca rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali come da azioni previste dal PNRR Missione 6 e diffusione del FSE e implementazione dei servizi di Telemedicina e Teleassistenza come strumenti volti a favorire la presa in carico globale del paziente;

Assicurare equilibrio economico finanziario monitoraggio costante della Scheda Risorse e Attività e definizione dei Budget Trasversali con particolare riguardo agli extra LEA, agli accordi con fornitori di prestazioni sanitarie, ai costi per i trasporti e l'energia, al contenimento della spesa farmaceutica, ai dispositivi medici, ai beni e servizi, alla protesica, all'assistenza anziani;

Prevenzione Piano Pandemico dare attuazione all'aggiornamento approvato dalla Regione Piemonte, sia territoriale sia ospedaliero, revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie, individuazione delle misure da adottare per ogni fase e definizione delle procedure di riferimento al fine di fornire risposte coordinate e sistemiche;

Flussi informativi e appropriatezza prescrittiva efficacia e sicurezza nei trattamenti farmacologici e efficienza nell'allocazione delle risorse disponibili con aggiornamento costante della Scheda Risorse e Attività;

Processi Produttivi costante attenzione alla produzione di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, alla mobilità passiva, alla garanzia dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), nell'effettuazione tempestiva dei PTCA in casi di IMA STEMI, nelle donazioni di organi e nel programma regionale del rischio clinico della sicurezza del paziente;

Edilizia Aziendale costruzione del nuovo Ospedale dell'Area Nord, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (COT);

Trasparenza rispetto degli adempimenti previsti dalla legge.

Sono stati identificati i bisogni da soddisfare, seguendo operativamente la seguente sequenza:

- identificazione dei problemi o delle opportunità, attraverso l'analisi del contesto → *da dove nasce l'esigenza di creare o proteggere il Valore Pubblico?*
- Selezione degli obiettivi di VP come risposta ai problemi o alle opportunità di contesto → *Quale Valore Pubblico in risposta alle esigenze analizzate?*
- Individuazione delle opzioni e delle modalità di raggiungimento degli obiettivi di VP, attraverso la definizione di strategie di creazione o di protezione del VP atteso, tenendo conto del fatto che per ogni obiettivo di VP, si possono pianificare una o più strategie tra loro sinergiche → *Come creare o proteggere il Valore Pubblico atteso?*
- Associazione di ogni obiettivo di VP agli indicatori di impatto afferenti alle diverse dimensioni del benessere → *Quanto Valore Pubblico? E cioè, quanto impatto sugli stakeholder in termini di benessere sociale, economico, ambientale, sanitario, ...?*

Di seguito viene riportata la tabella di pianificazione strategica del Valore Pubblico dell'ASL CN1, così come previsto dall'art 3 del D.M. n. 132 del 30 giugno 2022 *"Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di attività e organizzazione"*, alla quale sono collegati: gli obiettivi che l'Azienda ha individuato, gli stakeholder coinvolti nel processo, le Strutture coinvolte per ogni attività, il periodo di pianificazione, le dimensioni dell'Agenda 2030, le azioni da attuare e le procedure di semplificazione. Gli obiettivi programmati dall'Azienda sono spesso rivolti a differenti stakeholder e mirano alla realizzazione dei diversi impatti di Valore Pubblico.

Nell'ultima colonna, per ogni obiettivo programmato sono state specificate le aree che impattano maggiormente sull'incremento di benessere con l'indicazione di quali componenti di Valore Pubblico gli stessi vogliono soddisfare.

VALORE PUBBLICO: PIANIFICAZIONE STRATEGICA ASL CN1								IMPATTO PRINCIPALE SUL VALORE PUBBLICO			
								INCREMENTO DI BENESSERE			
COD	OBIETTIVO	STAKEHOLDER	STRUTTURA COINVOLTA	PERIODO DI PIANIFICAZIONE	DIMENSIONE GOALS AGENDA 2030	Modalità e azioni per l'accessibilità fisica e digitale da parte dei cittadini ultra 65 e con disabilità	Procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenzia Semplificazione e dall'Agenzia Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione	SAUTE	ECONOMICO	SOCIALE	AMBIENTALE
						FONTI/INDICATORI (NORMATIVA)	SPECIFICHE OBIETTIVO				
VP1	Sviluppo della Medicina di prossimità	Popolazione fragile ultra 65 con malattie croniche e in cura domiciliare ADI	Dipartimento per l'integrazione territoriale Distretti Direzione Amministrativa Territoriale SC DIPSA	2023/2026	 	PNRR COT ADI OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI	Monitoraggio PDTA Cronicità Implementazione Telemedicina Attivazione COT Applicazione protocolli Inserimento pazienti in ADI	✓	✓	✓	✓
VP2	Piano di recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL	Direzione Sanitaria DDSS di Presidio Dipartimenti SSD Medicina Specialistica Ambulatoriale Radiologie SS Controllo di Gestione	2023/2025	 	PNGLA 2019-2021 OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI	Monitoraggi PDTA Aggiornamento nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni sanitarie ambulatoriali RECUPERO DEI TEMPI DI ATTESA	✓	✓	✓	
VP3	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding DEA/PS	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL	Dipartimento di Emergenza Urgenza SC Medicina Urgenza Savigliano SC Medicina Urgenza Mondovì SS Controllo di Gestione	2024/2025	 	OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI	Miglioramento % consulenze	✓		✓	✓
VP4	Digitalizzazione FSE Innovazione e ricerca	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL	DDSS di Presidio SS Innovazione e Sicurezza Informativa Dipartimenti sanitari DIPSA SS Formazione	2023/2026	 	OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI	Telemedicina FSE	✓	✓	✓	✓
VP5	Assicurare equilibrio economico finanziario	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL	SC Bilancio e Contabilità TUTTE LE STRUTTURE	2025	 	OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI SCHEDA RISORSE ATTIVITA' BUDGET TRAVESALI	Extra Ilea Accordi con fornitori per acquisti prestazioni sanitarie Attenzione costi trasporti, energia e sostenibilità Contenimento spesa farmaceutica, dispositivi medici, beni e servizi, protesica assistenza anziani Monitoraggio costante della Scheda Risorse Attività	✓	✓	✓	✓
VP6	Prevenzione Piano Pandemico	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL Comuni	Dipartimento di Prevenzione SISP Settore Epidemiologia Direzione amministrativa della Prevenzione; Dipartimento per l'integrazione Territoriale; Direzione Sanitaria Mondovì; Direzione Sanitaria Savigliano; Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività strategiche; Direzione Professioni Sanitarie; Risk Management; Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità; Farmacia (Ospedaliera – Territoriale);	2024/2028	 	OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI	Revisione azioni chiave individuazione misure da adottare Definizione procedure PANFLU aziendale	✓	✓	✓	✓
vp7	Flussi Informativi e appropriatezza prescrittiva	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL	SC Farmacia Ospedaliera SS Farmacia Territoriale SS Controllo di Gestione	2024/2025	 	OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI SCHEDA RISORSE ATTIVITA'	Costruzione nuovo ospedale Area Nord COT, Case di Comunità e Ospedali di Comunità Dialisi Mondovì e Ceva	✓	✓	✓	✓

COD	OBIETTIVO	STAKEHOLDER	STRUTTURA COINVOLTA	PERIODO DI PIANIFICAZIONE	DIMENSIONE GOALS AGENDA 2030	Modalità e azioni per l'accessibilità fisica e digitale da parte dei cittadini ultra 65 e con disabilità	Procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenzia Semplificazione e dall'Agenzia Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione	SAUTE	ECONOMICO	SOCIALE	AMBIENTALE
VP8	Processi produttivi	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL	Direzione Sanitaria SS Risk Management SS Controllo di Gestione TUTTE LE STRUTTURE	2024/2025	  	OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI SCHEDA RISORSE ATTIVITA	Produzione di ricoveri e prestazioni ambulatoriali Mobilità passiva Monitoraggio e garanzia LEA - Sistema NSG Tempestività nell'effettuazione PTCA nei casi di IMA STEMI Donazione organi programma regionale del rischio clinico e la sicurezza del paziente	✓	✓	✓	
VP9	Edilizia aziendale	Popolazione di riferimento e utenti di altre ASL	SC Servizio Tecnico	2023/2026	   	OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG OBIETTIVI REGIONALI AI DIRETTORI GENERALI	Costruzione nuovo ospedale Area Nord COT, Case di Comunità e Ospedali di Comunità Dialisi Mondovì e Ceva	✓	✓	✓	✓
VP10	Trasparenza	Cittadini Fornitori Organi istituzionali	SC Affari Generali e Controlli Interni - RPCT	2024/2026	 	OBIETTIVI DI MANDATO DEL DG D.lgs 33/2013	Mappatura processi Consultazione aziendale Avviso di consultazione agli stakeholder	✓		✓	



2.2 Obiettivi strategici e di Performance

2.2.1 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. È da sottolinearsi la ricerca che nel corso degli anni si è sempre di più affinata non solo nella definizione degli obiettivi, ma anche sulle loro misure e sui mezzi per conseguirli.

In data 28/11/2023 il Ministro per la pubblica amministrazione ha firmato la direttiva ad oggetto *“nuove indicazioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale”* per i dipendenti pubblici. L'obiettivo, nel solco delle esperienze dei modelli adottati nello scenario europeo e OCSE, è quello di attuare una strategia di piena valorizzazione del merito nel contesto organizzativo. La direttiva vuole essere la “bussola” dei dirigenti verso la valorizzazione delle persone delle pubbliche amministrazioni nel loro contesto organizzativo; qualsiasi sistema di valutazione della performance deve partire dalle persone e sviluppare contesti capaci di innescare meccanismi virtuosi alla cui base deve esserci il merito.

Diventa fondamentale avere dei sistemi di misurazione che non tengano soltanto conto della performance individuale, ma anche di quella dell'organizzazione nel suo complesso. A questo si aggiunge la necessità di adottare sistemi che vadano oltre la sola valutazione effettuata dal superiore gerarchico, coinvolgendo una pluralità di soggetti per arrivare gradualmente a una valutazione a 360 gradi. La direttiva stabilisce quindi che ogni amministrazione preveda, nell'ambito dei rispettivi sistemi, che tutto il personale, a partire dal livello dirigenziale, venga necessariamente valutato anche con riferimento alla capacità di esercitare adeguatamente la propria “leadership”.

Ai dirigenti è inoltre affidato il compito di promuovere percorsi per l'accrescimento delle competenze del capitale umano. È, quindi, fondamentale stabilire priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali sia per l'efficace svolgimento del ruolo dirigenziale.

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

Dal punto di vista organizzativo e formale, 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 è descritto già nel Sistema di Misurazione della Performance (SMVP) e nei piani della performance degli anni scorsi; si pone nella strada di Kaplan e Norton alla ricerca delle principali aree chiave di performance, seguendo la sequenza logica delle relazioni di causa ed effetto, per ottenere i risultati strategici attesi facendo leva sui determinanti degli stessi.

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



operativo, con la caratterizzazione di indicatori e target di riferimento.

L'albero della performance ha una valenza di comunicazione esterna e una valenza tecnica di "messa a sistema" delle due principali caratteristiche della performance: ampiezza e profondità. L'ampiezza è quella che fa riferimento alla performance come processo di passaggio dall'input all'output e all'outcome. La profondità riguarda lo sviluppo verticale, cioè dal livello di programma o strategia, a quello delle strutture fino al livello individuale.

Le domande a cui si deve dare risposta nella definizione del sistema sono:

- quali outcome si desidera ottenere?
- per ottenere i risultati desiderati, quali output si devono generare?
- per generare gli output che permetteranno di raggiungere i risultati desiderati, in quali attività si dovrà eccellere?
- per eccellere nei processi atti a generare gli output che porteranno ai risultati desiderati, come dovranno essere le risorse a disposizione?

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

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'allocatione 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 DGR 20-650 del 23 dicembre 2024, sono i seguenti:

Obiettivo di mandato	
1. Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.	Gli Enti del SSR, in applicazione delle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative statali e regionali vigenti e delle risorse assegnate con D.G.R. n. 9-7070 del 20 giugno 2023 e, s.m.i., sono tenuti ad assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale, sia in sede di adozione dei bilanci preventivi economici che in itinere nei conti economici trimestrali, nonché, in particolare, in sede di adozione del bilancio di esercizio aziendale a consuntivo. Per le aziende territoriali l'obiettivo è previsto a livello di singolo presidio a gestione diretta (inserito nella rete di E/U)
2. Ridurre i tempi e le liste di attesa	- Ridurre i tempi e le liste di attesa come previsto dal PNGL e dai piani di governo delle liste di attesa della Regione Piemonte, in applicazione della normativa specifica anche in relazione ai contenuti del d.l. 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie) come convertito L. 29 luglio 2024, n. 107 e, s.m.i.

	- Vigilare sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo del comma 10 dell'articolo 3 del d.l. 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie) come convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 29 luglio 2024, n. 107 e s.m.i., anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito;
	- Vigilare sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo del comma 1 dell'articolo 4 del d.l. n. 73/2024 e s.m.i., trasmettendo un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute;
	- Garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici;
	- Prevedere, nel limite massimo delle risorse disponibili, l'effettuazione delle visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica e la possibilità del prolungamento della fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni;
	- Provvedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma;
	- Assicurare la corretta comunicazione tramite i siti web aziendali;
	- Valutare e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali;
	- Assicurare il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale di cui all'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali; a tale fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

3. Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale.	Dare attuazione all'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte - del Piano pandemico operativo influenzale e Covid-19, sia territoriale che ospedaliero; i suoi punti cardine sono la revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie e per tutti gli attori coinvolti, l'individuazione delle misure da adottare per ogni fase e la definizione delle procedure di riferimento, nel presupposto di fornire risposte coordinate e sistemiche.
4. Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva	L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili.
5. Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line	
6. Sviluppo, a livello aziendale, del piano di edilizia sanitaria della Regione Piemonte	
7. Trasparenza	Rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del D Lgs. N. 171/2016 e s.m.i..

Per quanto riguarda gli obiettivi annuali, essi sono definiti con apposita delibera dall'Assessorato regionale annualmente. L'Assessorato Regionale ha trasmesso con DGR 7-8279 del 11/03/2024 gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'annualità 2024.

Obiettivo		Referenti
Obiettivo preliminare art. 1 comma 865 legge 145/2018: tempi di pagamento	Art. 1 comma 865 legge 145/2018: tempi di pagamento la quota correlata alla valutazione del predetto obiettivo può incidere fino ad un massimo del trenta per cento della quota massima teorica del trattamento economico integrativo (venti per cento). La predetta quota dell'indennità di risultato: a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a 60 giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10% del debito commerciale residuo; b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra trentuno e sessanta giorni; c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra undici e trenta giorni; d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi tra uno e dieci giorni. Atteso il sostanziale raggiungimento del pareggio di bilancio da assicurare ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (in attuazione anche dei principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella Legge n. 204/2012)	S.C. Bilancio e Contabilità
Area	Obiettivo	Referenti
1. Governo dei fattori produttivi	1.1 Bilancio	S.C. Bilancio e Contabilità con il supporto al punto 1.1.2 della SS Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche, SC Logistica e DAPD, Direzioni Sanitarie, Distretti
	1.2 Appropriately prescrittiva: immunoglobuline	- S.C. Farmacia Ospedaliera - S.S. Medicina Trasfusionale (per il sub-obiettivo 1.2.2)
	1.3 Appropriately prescrittiva: ossigeno	- S.S. Farmacia Territoriale - S.C. Farmacia Ospedaliera (relazione congiunta)
	1.4 Appropriately prescrittiva: acquisti diretti	S.C. Farmacia Ospedaliera
	1.5 Allineamento registri alta e flussi	S.C. Farmacia Ospedaliera
	1.6 Politiche di gestione delle risorse umane	- S.C.I. Gestione Risorse Umane - S.S. Formazione, Sviluppo competenze e Qualità (per il sub-obiettivo 1.6.3)
2. Edificio Sanitario	2.1 Attuazione interventi della programmazione regionale e nazionale	S.C. Servizio Tecnico
3. Sanità Digitale	3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	- S.S. Innovazione e Sicurezza Informatica - Direzioni Sanitarie PP.OO.
4. Qualità	4.1 Tempi di attesa, Flusso CUP e Flusso C	- S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche - S.S. Gestione Front-Office (relazione congiunta)
	4.2 Tempi di attesa e recupero produzione	S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche
	4.3 Recupero mobilità passiva	S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche
	4.4 Monitoraggio e garanzia LTA - Sistema NSG	S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche
	4.5 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STENSI	- S.S. Risk Management con supporto S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche
	4.6 Donazioni d'organo	S.S. Risk Management
	4.7 Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	- S.S. Risk Management - S.S. Prevenzione Rischio Infettivo Correlato Assistenza (relazione congiunta)
5. Prevenzione	5.1 Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	S.S.D. U.V.O.S.
	5.2 Contrasto all'antimicrobico resistenza	- S.S. Prevenzione Rischio Infettivo Correlato - S.C. Farmacia Ospedaliera - S.C. Direzione Sanitaria Mondovì - S.C. Direzione Sanitaria Savignone - Dipartimento per l'Integrazione Territoriale (relazione congiunta)
6. Obiettivi Azienda Zero e ASR	6.1 Assistenza domiciliare	
	6.2 Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	- Dipartimento Emergenza Urgenza con supporto S.S. Controllo di Gestione, Flussi Informativi e Attività Strategiche
7. Obiettivi AO Regina Margherita	7.1 Attuazione e costruzione nuova azienda ospedaliera	

Per quanto riguarda il processo di programmazione aziendale 2025, la Direzione Generale in data 27/11/2024 Prot. 157127, ha comunicato a tutti i Dipartimenti e a tutti i Direttori di Struttura, l'avvio del Budget 2025 evidenziando che la programmazione del nuovo anno, continuerà nell'ottica del recupero a pieno regime delle attività e delle prestazioni sanitarie con particolare attenzione al contenimento dei costi.

La strategia aziendale è composta dagli indirizzi che via via la Direzione sta strutturando in conformità alla strategia regionale, in coerenza anche alle recenti indicazioni sul bilancio di cui alla nota prot. 28253 del 25/11/2024 (prot. ASLCN1 155988), che richiedono l'attenzione ai processi produttivi aziendali per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, il controllo della spesa (specie per gli EXTRALEA) e degli acquisti di prestazioni sanitarie, la produzione sanitaria (in linea almeno con i valori del 2019), il monitoraggio dell'appropriatezza clinico-assistenziale nei diversi setting, il coordinamento distrettuale ed ospedaliero con le specifiche sulle prescrizioni, in particolare quelle dei farmaci, dispositivi medici, integrativa e protesica (come già presente negli obiettivi 2024, da

rafforzarsi con specifici indicatori anche per singolo prescrittore), l'attenzione ai costi dei trasporti e dell'energia, un monitoraggio condiviso e sostenibile sui valori delle poste di bilancio ed un modello gestionale della spesa efficiente ed efficace.

L'invito della Direzione, nella formulazione delle proposte di obiettivi, è quello di presentare soluzioni che, a parità di risorse, portino ad un incremento delle attività con una possibile ed eventuale riduzione delle spese mantenendo la qualità delle prestazioni erogate.

A partire da quest'anno, in aggiunta alle considerazioni precedenti, l'ASLCN1, come attenzione al valore pubblico degli obiettivi perseguiti, intende dare particolare rilievo ai riferimenti della programmazione europea e nazionale secondo un modello che viene utilizzato anche nelle analisi tipiche dei Piani per i finanziamenti delle attività e per l'attribuzione delle risorse nei Fondi sia degli Enti pubblici sia delle erogazioni bancarie, con riferimento allo sviluppo dell'innovazione strategica, della ricerca clinica e delle sperimentazioni gestionali e formative.

Per tale ragione, anche nella presentazione degli obiettivi da parte delle Strutture, si è richiesto di fare riferimento agli obiettivi di sostenibilità (Agenda ONU), così come sono stati già perseguiti a livello aziendale negli ultimi anni (green operative room, efficientamento energetico, mobilità sostenibile, smaltimento rifiuti, fenomeno della discriminazione nell'ambito dell'accesso alle cure e dell'utilizzo dei servizi socio-sanitari, i progetti per la salute e sicurezza sul lavoro) e anche utilizzati nei progetti di specifici finanziamenti: l'obiettivo di maggiore interesse per l'azienda è rivestito dall'obiettivo **3 "Salute e Benessere"** ma anche tra gli altri, ci sono target utili alla programmazione, quali: **goal 4 "Istruzione di Qualità"** (formazione), **goal 5 "Parità di genere"** (accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva), **goal 6 "Acqua pulita e servizi igienico sanitari"** (prevenzione e controlli su sostanze chimiche e materiali pericolosi), **goal 7 "Energia pulita ed accessibile"** (miglioramento efficienza energetica), **goal 8 "Lavoro dignitoso e crescita economica"** (promozione ambiente di lavoro sicuri); **goal 9 "Imprese, innovazione e infrastrutture"** (infrastrutture di qualità e ricerca scientifica), **goal 11 "Città e comunità sostenibile"** (mobility management e qualità aria), **goal 12 "Consumo e produzione responsabili"** (riduzione produzione rifiuti), **goal 15 "Vita sulla terra"** (flora e fauna).

Rimane un caposaldo l'obiettivo "Collaborazione con la Direzione Generale per la realizzazione degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla Regione Piemonte" che coinvolge tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati; in ogni caso la programmazione aziendale si adegua alle linee guida degli obiettivi regionali anche con riferimenti diretti sulle schede di budget.

Infine, il quadro di programmazione è completato delle politiche per la prevenzione della corruzione e la promozione di maggiori livelli di trasparenza.

Complessivamente queste due caratteristiche vengono compendiate nella dicitura utilizzata come sottolineatura in tutte le schede di budget: "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.P.C.T. aziendale) nell'ambito della politica di promozione della legalità".

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti. Gli obiettivi operativi sono dettagliati in schede operative in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate. È da sottolinearsi la ricerca che nel corso degli anni si è sempre di più affinata non solo nella definizione degli obiettivi, ma anche sulle loro misure e sui mezzi per conseguirli. Il ciclo di gestione della performance traccia un legame stretto tra la fase di programmazione contenuta nel Piano della Performance, dove gli obiettivi sono accompagnati da misure e indicatori, e la fase di consuntivazione rappresentata nella Relazione sulla Performance, in cui la valutazione diventa lo strumento di supporto per i processi decisionali.

Il rapporto che è descritto nel SMVP ha diverse valenze e si riscontra in diversi aspetti della gestione aziendale, che sono rappresentati dalle prospettive e dalle dimensioni attraverso le quali si esplicita il sistema degli obiettivi che traduce la pianificazione aziendale.

Lo schema che l'ASL CN1 ha definito come riferimento per l'anno 2025 è incentrato sulla piena ripresa delle attività e prestazioni sanitarie coinvolgendo i Responsabili dei Dipartimenti, i responsabili delle strutture in Staff alla Direzione Generale e delle strutture che seguono gli aspetti economici e qualitativi delle procedure aziendali al fine di individuare uno schema di obiettivi che verrà portato nella fase di negoziazione.

Il quadro che emerge rispecchia anche gli indirizzi del valore pubblico che si sono descritti nel capitolo dedicato e che costituiscono una linea guida in cui l'Azienda si riconosce e che comunque, al di là della singola specifica dell'obiettivo, costituiscono la direzione e la strategia che complessivamente l'Azienda intende perseguire, dalla realizzazione degli interventi nell'ambito del PNRR al rafforzamento dei processi di innovazione tecnologica, dal rispetto dei livelli essenziali di assistenza all'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, dalla governance farmaceutica e dei dispositivi medici alla promozione degli interventi della prevenzione per la salute pubblica.

La programmazione dell'anno 2025 si è avviata, oltre che con la raccolta bottom up delle proposte anche attraverso il richiamo, proveniente dall'Assessorato Regionale agli obiettivi della Direzione Generale. In particolare, la citata nota dell'Assessorato Regionale, 20241125_Prot. 155988 del 25/11/2024, ha richiesto non soltanto il rispetto di indicazioni contabili, ma anche una programmazione strategica che a tutti i livelli coinvolga l'Azienda nella realizzazione di quanto previsto.

A questo scopo viene più volte ricordato dall'Assessorato Regionale che gli obiettivi aziendali 2025 devono essere definiti in aderenza alle specifiche indicazioni regionali sui diversi ambiti di attività, sia in riferimento a procedure organizzative, sia in ottemperanza a normative, sia come quadratura con il Controllo di Gestione e i vincoli Economico-Finanziari.

L'analisi delle indicazioni regionali, come sotto esplicitato, rileva continuità con quanto già negli anni l'Azienda definisce nell'ambito della programmazione strategica, in coerenza tra la programmazione finanziaria e di bilancio, il controllo di gestione e la valutazione della performance attraverso obiettivi e indicatori; le schede di budget, negli obiettivi, fanno riferimento, tra l'altro:

- alla definizione dei budget di spesa, ripartiti, assegnati e controllati nelle macro-aree e aree dell'ASL,

- alle Schede Risorse e Attività, che definiscono obiettivi sull'appropriatezza delle prestazioni, sul controllo dei costi, sulla verifica dei tempi di attesa e sulla gestione delle risorse assegnate
- alla richiesta di "collaborazione" sugli obiettivi che annualmente l'Assessorato Regionale assegna alle Direzioni Generali.

La programmazione aziendale viene quindi riferita a questi indirizzi sin dalla fase iniziale, tenuto conto, peraltro, che la nota regionale richiede esplicitamente che l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) verifichi l'attinenza del Piano di Programmazione Aziendale (il cosiddetto Piano della Performance, che rientra nel documento costitutivo del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO), come declinazione degli obiettivi operativi e del processo di budget in coerenza con gli obiettivi assegnati dalla Regione alle Direzioni Generali.

Pertanto gli obiettivi vengono definiti (oltre che sulle proposte che sono pervenute alla Direzione e di cui la Direzione stessa condivide i contenuti) sulla base delle linee guida di programmazione che anche l'Assessorato Regionale richiama nella propria nota: saranno quindi presenti sulle schede di budget secondo le modalità già attive negli anni scorsi e, data la continuità con quanto già noto e il presente richiamo sulla loro importanza, viene richiesto che siano considerati come obiettivi sin dall'inizio dell'anno e il loro monitoraggio e la loro valutazione è riferita all'intero anno 2025.

Il quadro complessivo degli obiettivi di budget raccoglie quindi questi indirizzi, tradotti in obiettivi sia da parte della Direzione Generale, sia da parte delle Strutture nelle proposte che vengono raccolte.

2.2.1.1 La valutazione partecipativa

Anche grazie alle sollecitazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), l'ASL CN1 ha avviato a partire dall'anno 2021 la gestione della valutazione partecipativa, sia nel rispetto delle norme sia per una diretta volontà di coinvolgimento degli stakeholders. Nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (S.M.V.P.) viene presentato il modello di Valutazione Partecipativa e nel presente P.I.A.O si concretizzano gli obiettivi per il corrente anno, individuando innanzitutto come necessaria l'integrazione e il coordinamento delle progettualità già in essere e passando poi al diretto coinvolgimento degli stakeholders. Come si è visto il Valore Pubblico richiede la conoscenza e il confronto con i portatori di interesse: lo strumento della Valutazione Partecipativa è quindi un formidabile elemento di dati che consente lo scambio di informazioni e la possibilità di rivedere la progettualità in rapporto alle attese dei cittadini. Il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni della società civile viene sempre più considerato una leva necessaria per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle organizzazioni pubbliche che lo devono promuovere.

Il feedback ricevuto, attraverso reclami, idee e suggerimenti, è considerato un input importante per migliorare servizi e prodotti. Le partnership con le organizzazioni della società civile sono rilevanti nell'intero ciclo di policy in veste di: co-decisor, co-progettatori, co-produttori e co-valutatori.

In qualità di co-decisor i cittadini condividono le decisioni che hanno un effetto su di loro. Come co-progettatori esercitano un impatto sull'erogazione del servizio in risposta a specifici bisogni. Come co-produttori sono coinvolti nel ciclo di produzione e/o erogazione dei servizi. In qualità di **co-valutatori** valutano la qualità dei servizi e delle politiche pubbliche. Premesso pertanto che:

- ✓ le persone possono produrre cambiamento,

- ✓ i cambiamenti che sono partiti dai gruppi sociali hanno più probabilità di essere duraturi rispetto a quelli imposti dall'esterno,
- ✓ le comunità e i gruppi sociali possono sviluppare le capacità per affrontare i propri problemi senza dover necessariamente delegare questo compito all'esterno,
- ✓ per affrontare alcuni problemi è importante attivare le risorse del territorio,
- ✓ i processi democratici richiedono che le persone partecipino nella produzione e nel controllo dei cambiamenti che li riguardano,

l'Azienda prevede per l'anno 2025,

- PERSONE CHE HANNO PARTECIPATO AI SEMINARI STANFORD

Nel secondo semestre 2024, nell'ambito del Piano Locale Cronicità, l'ASL CN1 ha somministrato ai pazienti un questionario di Customer Satisfaction per rilevare il grado di efficacia di quanto appreso durante i seminari per l'autogestione delle malattie croniche e del diabete, condotti da infermieri formati con un programma proveniente dall'Università di Stanford. Il programma è stato sviluppato per persone con problemi di salute cronici e loro familiari. I partecipanti hanno appreso la modalità di gestione delle proprie cure, affrontando il dolore e le situazioni di stanchezza.

Nell'anno 2025 verranno rielaborati i dati e condivisi con gli operatori sanitari coinvolti (stakeholder interni) al fine di elaborare eventuali azioni di miglioramento.

- PAZIENTI CHE ACCEDONO AGLI AMBULATORI DELLA SALUTE

Nel secondo semestre 2024, nell'ambito del Piano Locale Cronicità e all'attivazione degli Ambulatori della Salute, l'ASL CN1 ha somministrato ai pazienti che accedono alle Case della Salute un questionario di Customer Satisfaction al fine di valutare il loro indice di soddisfazione del servizio ricevuto e di raccogliere eventuali proposte migliorative. Nell'anno 2025 verranno rielaborati i dati e condivisi con gli operatori sanitari coinvolti (stakeholder interni) al fine di elaborare eventuali azioni di miglioramento.

- PAZIENTI E CAREGIVER PRESSO L'HOSPICE DI BUSCA

Nel corso del 2025 la SSD Cure Palliative somministrerà presso l'Hospice di Busca due questionari di gradimento, uno rivolto alla persona assistita e l'altro al caregiver di riferimento.

La finalità è sapere se l'assistenza ricevuta è rispondente alle attese di paziente e caregiver e per raccogliere eventuali suggerimenti utili a migliorare il servizio, sia dal punto di vista organizzativo, alberghiero che assistenziale del servizio offerto. Alcuni item sono dedicati a rilevare la soddisfazione in merito alla comunicazione medico-paziente e medico-caregiver e all'ascolto attivo dei vissuti personali.

- CUSTOMER SATISFACTION PRESSO LA SS FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA

Nel corso del 2025 la SS Fisiopatologia della Riproduzione Umana di Fossano somministrerà ai suoi utenti un questionario di gradimento.

La finalità è conoscere se l'assistenza ricevuta dal servizio è rispondente alle attese degli utenti e delle coppie e raccogliere eventuali suggerimenti utili a migliorare il servizio sia dal punto di vista organizzativo che assistenziale.

- AZIONI DI MIGLIORAMENTO CONSEGUENTI GLI AUDIT FATTI CON I RAPPRESENTANTI DEI CITTADINI A VALUTARE LA CHECKLIST AGENAS (OBIETTIVO DG 2024)

Nel corso del 2025 il gruppo “equipe mista empowerment” implementerà le azioni di miglioramento presentate in Regione a seguito della Valutazione partecipativa dei rappresentanti dei cittadini rispetto ai requisiti presenti nella check list fornita da AGENAS.

Nel corso del 2025 si effettueranno incontri con i rappresentanti di cittadinanza attiva per valutare lo stato di avanzamento delle azioni pianificate.

- CUSTOMER SATISFACTION PRESSO LA SS MEDICINA TRASFUSIONALE

Nel corso del 2025 la SS medicina Trasfusionale ASLCN1 somministrerà ai donatori che accedono al servizio un questionario di gradimento, come già realizzato nel 2023, anche per rispondere ai requisiti dell’accreditamento.

La finalità è conoscere se l’assistenza ricevuta dal servizio è rispondente alle attese degli utenti e raccogliere eventuali suggerimenti utili a migliorare il servizio sia dal punto di vista organizzativo che assistenziale.

L’Azienda, inoltre,

- supporta e promuove GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

Attraverso la formazione e l’organizzazione di giornate specifiche su tematiche per facilitare la diffusione di un comune sentire su argomenti definiti da indicazioni regionali e nazionali.

Occorre sottolineare che le attività che l’Azienda intraprende con i dipendenti che formano gruppi di lavoro, sono da intendersi come azioni partecipative, in quanto si analizzano le attività, si valutano le azioni da intraprendere ai fini del miglioramento e gli indicatori relativi (come ad es. il PSDTA, valutazione del rischio, produzione di documenti correlati all’assistenza, ecc.).

2.2.2 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.

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, 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 <100%	100%
Pienamente raggiunto	100%	100%

La valutazione ha anche e soprattutto una funzione di orientamento comportamentale preventivo dell'organizzazione e degli individui in essa operanti verso le finalità istituzionali. La tabella così costruita consente anche di evidenziare la distinzione tra la fase di misurazione e quella di valutazione della performance, quali attività complementari ma distinte.

Nella fase di misurazione si quantifica, tramite indicatori, il livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti prodotti sugli utenti e sugli stakeholder. Nella fase di valutazione si analizzano e si interpretano i risultati misurati e gli eventuali scostamenti, legandoli al sistema premiante. I progetti che sono così definiti diventano gli obiettivi 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 parametrizzate all'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo.

Il ragionamento sul raggiungimento della performance viene applicato per ciascun obiettivo, tenuto conto che i pesi degli obiettivi vengono definiti dalla Direzione Generale e sono specifici per categorie di strutture, tenuto conto che quest'anno nell'attuale semestre viene data particolare enfasi agli obiettivi di gestione della pandemia e alle dimensioni collegate ad obiettivi regionali.

Le soglie di accettabilità dell'obiettivo, definite da ciascun Referente/proponente dell'obiettivo (e condivise con la Direzione Generale), 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.

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

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

È richiesto quindi un particolare passo di attenzione al ruolo di fondamentale responsabilità del Direttore di Dipartimento anche nel processo di valutazione della performance: sia per la specificità del sistema di budget sia per il collegamento tra il raggiungimento dei risultati delle singole Strutture, che a loro volta, concorrono nel raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali delle ASL.

Il Direttore del Dipartimento, in qualità anche di Componente del Collegio di Direzione, attraverso il sistema degli obiettivi condivide la programmazione aziendale e viene quindi responsabilizzato nel raggiungimento degli obiettivi della Direzione sia per quanto riguarda la struttura direttamente gestita, sia per il coordinamento delle Strutture afferenti al Dipartimento rispondendone in un

rapporto di collaborazione reciproca (l'obiettivo della "Collaborazione alla Direzione Generale" richiederà quindi la supervisione delle Strutture afferenti al Dipartimento, che ne risponderanno simmetricamente al Direttore del Dipartimento).

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

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

Attualmente la gestione delle schede 2025 va in continuità con quanto già definito per l'anno 2024 nelle more di poter mettere in atto il sistema che prevede di prassi che dopo la costruzione delle schede di budget, vengano 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.

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).

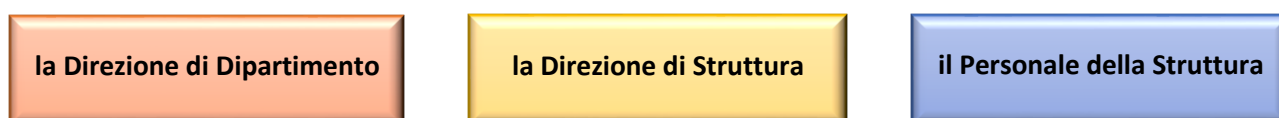
Tale valutazione ha lo scopo di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici declinati per ciascun centro di responsabilità, così esplicitati per consentire la realizzazione degli obiettivi definiti e condivisi nella strategia aziendale.

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.

2.2.2.1 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Il sistema attuale definisce le schede di budget su tre distinti livelli:



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. È 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). È poi presente la quota per i dirigenti medici della struttura che va scomposta tra tutti i dirigenti come di consueto con le SVI così come previsto nel funzionamento del sistema di incentivazione applicato nella nostra Azienda, descritto nel cap. 3 del documento "Sistema di Misurazione e Valutazione della performance dell'ASL CN1", adottato con delibera n. 582 del 18/12/2024 e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda; nel medesimo documento viene illustrato l'iter degli obiettivi per il comparto, tenuto conto che per i coordinatori gli obiettivi discendono in parte dalla scheda di budget della struttura ed in parte dalle specifiche indicazioni della S.C. Direzione della Professioni Sanitarie.

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.

2.2.3 Il Processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

2.2.3.1 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.

Questo fa 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 contenga l'identificazione delle priorità dell'Azienda.

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 2025;
- 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.

Il presente piano è quindi innanzitutto una presa di coscienza della situazione in essere, con la presentazione dei risultati raggiunti e degli elementi di programmazione utilizzabili attualmente, nell'attesa che la fase di emergenza e di crisi che stiamo attraversando si risolva e consenta di effettuare una vera pianificazione delle attività.

D'altra parte, il Piano ha raccolto in sé quanto emerge sia dalle indicazioni e dagli obiettivi regionali, sia le specifiche e le disposizioni normative (ad esempio per l'integrazione con il POLA-Piano del Lavoro Agile e per gli aspetti legati all'Anticorruzione).

L'Azienda è quindi fortemente orientata a gestire l'attuale situazione in forma emergenziale e si assume l'impegno di redigere un più specifico documento di programmazione non appena la fase attuale sarà superata e sarà quindi possibile mettere in atto gli schemi programmatori fin qui descritti.

2.2.3.2 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.

Il tema dell'integrazione tra il ciclo della performance e il ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio è elencato tra i principi e i criteri direttivi dell'art. 17 della Legge 124/2015, sulla cui base è stato emanato il D. Lgs. 74//2017, anche con riferimento a 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.

L'assetto normativo attuale fornisce gli strumenti che spingono nella direzione dell'integrazione tra il ciclo della performance e la programmazione finanziaria e di bilancio.

Sicuramente è da perseguire una strada che, tenuto conto delle problematiche dovute alla tempistica differente delle previsioni di bilancio, possa comunque costruire sistemi cooperativi e dialoganti per un percorso di miglioramento e crescita comune, attraverso un lavoro multidisciplinare, capace di rendere funzionali i documenti elaborati nell'ambito dei relativi cicli di pianificazione.

2.2.3.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance

Nel nuovo documento di programmazione del P.I.A.O., il Piano delle Performance riveste una funzione sempre più definita di strumento di pianificazione e programmazione, per non essere solo un adempimento burocratico tutte le risorse economiche, umane, strutturali, saranno convogliate alla ripresa delle attività e delle prestazioni sanitarie, avendo sempre come obiettivo fondamentale gli interventi di prevenzione e promozione della salute. Le esperienze passate sono spunti di miglioramento per il futuro, per lavorare con un sistema di comunicazione continuo fra servizi e con a capo un gruppo di coordinamento, per continuare nel rapporto ospedale-territorio con

coinvolgimento sempre maggiore tra ASL, Regione, territorio, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta.

Facendo leva sull'attività di controllo e di monitoraggio di pertinenza dell'OIV, l'ASL CN1 individuerà le eventuali aree di criticità nell'attuazione del Ciclo di gestione della performance, rispetto alle quali questa Amministrazione potrà in essere delle azioni di miglioramento, inserendole nella programmazione dei propri obiettivi per l'anno 2025.

Anche con questa finalità il P.I.A.O. potrà essere aggiornato (con particolare riferimento proprio al capitolo sulla Performance) per recepire gli sviluppi della programmazione, le specifiche degli obiettivi e le eventuali variazioni in corso d'anno.



VALORE PUBBLICO

PERFORMANCE

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
TRASPARENZA

2.3 Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

La presente Sezione comprende gli aggiornamenti ai precedenti Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC), al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), che ne costituiva una sezione, come previsto dall'articolo 10, comma 2, del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e per effetto del D. Lgs. 97/2016 il Piano ha assunto la denominazione di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e le disposizioni in materia di trasparenza ne costituiscono una sezione denominata "Programmazione della Trasparenza".

Si precisa, inoltre, che i precedenti PTPC, PTTI e PTPCT sono pubblicati in "Amministrazione Trasparente".

PREMESSA

La Sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO costituisce la programmazione adottata dall'Azienda Sanitaria CN1 in attuazione della Legge 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii., recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", e delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione e relativi aggiornamenti adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, da ultimo nel PNA aggiornamento 2023 – Piano Nazionale Anticorruzione approvato con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023¹⁸.

L'A.S.L. CN1 riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della *mission* aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti basato, fra l'altro, sul:

- ✓ "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, e sul "Codice di comportamento aziendale" adottato ai sensi dell'art. 54 d.lgs. 165/2001 e della delibera CIVIT n. 75/2013, con deliberazione n. 515 del 20/12/2013, modificato il 31 gennaio 2017 con la deliberazione del Direttore Generale (DDG) n. 28 e aggiornato, nel 2023, alla luce delle disposizioni apportate dal Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81.
- ✓ Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 e ss.mm.ii., in materia di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- ✓ Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi;
- ✓ Piano Nazionale Anticorruzione, deliberazioni e linee guida adottate dall'ANAC in materia.

NOZIONE DI CORRUZIONE

La presente Sezione, in coerenza con la sopra richiamata disciplina nazionale, accoglie una nozione ampia di corruzione, comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti

¹⁸ Si veda <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-605-del-19-dicembre-2023-aggiornamento-2023-pna-2022>

vantaggi privati o pubblici (sviamento dall'interesse pubblico), ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo, sia che rimanga a livello di tentativo. Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie della fattispecie penalistica e di quella disciplinata dall'art. 2635 del c.c. e sono tali da comprendere non solo **l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal Libro secondo, Titolo II, Capo I e II del Codice Penale**, ma anche le situazioni in cui venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione.

Rileva, pertanto, **ogni forma di abuso della cosa pubblica o di strumentalizzazione dell'ufficio diretto al conseguimento di un fine diverso o estraneo rispetto a quello del perseguimento dell'interesse pubblico generale.**

Ai fini della presente Sezione occorre, pertanto avere riguardo a tutti gli atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse

2.3.1 PARTE GENERALE - Paragrafo 1: SEZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DEL PIAO

2.3.1.1 Scopo e finalità della Sezione Prevenzione della corruzione e Trasparenza del PIAO

La presente Sezione ha lo scopo di individuare le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all'interno dei propri uffici e servizi e di identificare gli attori di tale attività di prevenzione, cui spetterà il compito di monitorare i processi più "sensibili" e maggiormente esposti a rischio di comportamenti illeciti mediante il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture, dei Dirigenti e, a cascata, di tutto il personale dell'Azienda, utilizzando gli strumenti previsti dal presente Piano.

Nell'ambito di tale processo, il ruolo della Direzione Generale è, *in primis*, quello di dare maggiore incisività ad ogni misura idonea al raggiungimento dello scopo.

Con l'adozione della presente Sezione, l'Amministrazione intende perseguire un duplice ordine di finalità:

- ✓ in primo luogo, contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla citata normativa, il fenomeno dell'illegalità, consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali e/o di dolosa violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura;
- ✓ 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.

Muovendo da tale prospettiva, attraverso il Piano, si intende fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità. La strategia di prevenzione definita nel presente Piano non si configura come un'attività

compiuta destinata ad esaurirsi entro un termine definito, bensì come un insieme di strumenti e misure finalizzati alla prevenzione che verranno via via affinati in relazione al *feedback* e all'esperienza acquisita.

2.3.1.2 Struttura della Sezione Prevenzione della corruzione e Trasparenza del PIAO

La presente Sezione, oltre che dalla parte introduttiva, è strutturata in tre Parti:

- 1) la **Parte Generale**, suddivisa in quattro Paragrafi, dedicati allo scopo, finalità ed obiettivi della Sezione (**Paragrafo 1**), ai soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio di corruzione e illegalità (**Paragrafo 2**) e alle relative responsabilità (**Paragrafo 3**), al modello di gestione del rischio adottato e alle aree a rischio individuate a seguito della sua applicazione (**Paragrafo 4**);
- 2) la **Parte Speciale "A"- Misure per la riduzione del rischio**, dedicata alle misure di prevenzione del rischio, suddivisa a sua volta in due Paragrafi: il **Paragrafo 1** è dedicato alle misure obbligatorie per legge; il **Paragrafo 2** dedicato alle misure esistenti e a quelle ulteriori previste per le attività sensibili;
- 3) la **Parte Speciale "B"- Programmazione della Trasparenza**, i cui obblighi di pubblicazione sono elencati nell'allegato 4.

La Sezione è corredata dai seguenti documenti che ne costituiscono parte sostanziale ed integrante:

- **Allegato 1 - Catalogo dei processi**, riportante la graduazione del rischio con riferimento a ciascuna area, processo ed attività analizzati e rischi specifici associati, le aree a rischio, le strutture coinvolte e le misure esistenti;
- **Allegato 2 – Valutazione dei rischi corruttivi**, riportante il dettaglio della valutazione effettuata in relazione a ciascun rischio specifico associato al processo/sottoprocesso/fase di processo analizzati;
- **Allegato 3 - Tabella delle misure obbligatorie ed ulteriori**, riportante le misure/obiettivi da porre in essere, con individuazione dei soggetti responsabili della loro attuazione e dei relativi termini, indicatori e target per il triennio di validità del Piano;
- **Allegato 4 - Sezione "Amministrazione trasparente" – Elenco degli obblighi di pubblicazione.**

Costituiscono, altresì, parte sostanziale ed integrante della presente Sezione, i seguenti documenti, pubblicati nella sezione "Anticorruzione" dei siti internet e intranet dell'azienda:

- il **Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL CN1**, adottato con DDG n. 515 del 20/12/2013, modificato il 31/01/2017 con DDG n. 28, aggiornato alla luce delle disposizioni del DPR 13 giugno 2023, n. 81 e approvato con deliberazione n. 25 del 29/01/2024, quale parte integrante del P.I.A.O. 2024-2026;
- il **Regolamento in materia di svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali** da parte dei dipendenti dell'ASL e anagrafe delle prestazioni, adottato con DDG n.1187 del 22/12/2009, modificato ed integrato con DDG n. 170 del 11/03/2021;
- la **Whistleblowing policy** approvata con DDG n. 20 del 23/01/2014, modificata ai sensi del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 e adottata con deliberazione n. 25 del 29/01/2024, quale parte integrante del P.I.A.O. 2024-2026;
- il **"Patto di integrità"** adottato dall'ASL CN1 con DDG n. 528 del 24/12/2013, integrato e aggiornato nel 2021 e rivisto nel 2024 secondo il "Sistema qualità aziendale", con riferimento sia all'acquisto di beni e servizi che all'appalto di lavori. I distinti Patti d'integrità sono allegati al PIAO 2024-2026.

2.3.1.3 Processo di adozione, adeguamento, aggiornamento e validità temporale

La presente Sezione per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza dell'ASL CN1 viene adottata, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale, quale organo amministrativo di vertice, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza quale parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Il Piano viene pubblicato sul sito internet istituzionale anche nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione e viene data comunicazione dell'avvenuta approvazione e pubblicazione alla Regione Piemonte. Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, come meglio precisato nei paragrafi successivi, è affidato il compito di predisporre e aggiornare la Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e di vigilare sul suo funzionamento e sulla sua osservanza, avvalendosi, a detti fini, della collaborazione dei Referenti delle macro-aree e delle strutture di supporto. Il processo di adozione del Piano avviene con procedura aperta alla partecipazione degli stakeholder interni ed esterni.

La programmazione 2025-2027 è frutto di un'intensa attività svolta dal Responsabile della Prevenzione, dai Referenti delle macro-aree aziendali, dalle Strutture di supporto e dai Direttori e Referenti interni delle strutture aziendali, finalizzata al perfezionamento e alla messa a regime del sistema di gestione del rischio definito nel primo Piano anticorruzione adottato dall'Azienda ed è stato predisposto sulla base dell'esito dell'attività di mappatura, analisi e valutazione dei processi e di identificazione e trattamento dei rischi effettuata, per le aree maggiormente esposte a rischio, secondo il predetto sistema. In particolare, nel 2024, alcune Strutture aziendali hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di determinati processi/sottoprocessi.

I contenuti della Sezione rappresentano il risultato di un processo di confronto e condivisione della strategia di prevenzione al quale ha attivamente partecipato la Direzione Aziendale anche al fine di garantire la necessaria coerenza tra i contenuti relativi alla prevenzione della corruzione con quelli delle altre programmazioni aziendali.

La metodologia applicata è quella indicata nel PNA e nel dettaglio illustrata nel paragrafo della presente Sezione dedicata al processo di gestione del rischio, alla quale, peraltro, sono stati apportati alcuni correttivi con riferimento a taluni criteri di valutazione del rischio risultati poco rispondenti alla specifica realtà aziendale e la cui acritica applicazione avrebbe comportato un sostanziale appiattimento dell'esito della valutazione, falsandone il risultato finale.

Anche l'edizione 2025-2027 è stata preceduta dalla procedura di consultazione pubblica, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti pubblicato sul sito internet e sulla intranet e diffuso mediante comunicati stampa e mail personali a tutti i dipendenti, all'OIV, al Collegio Sindacale, ai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, alla Sezione regionale della Corte dei Conti, all'Avvocatura Regionale dello Stato, ai Comuni dell'ambito territoriale dell'ASL, alle Associazioni di Volontariato e agli Organismi di tutela della Conferenza dei Servizi Aziendali di Partecipazione. Gli esiti della consultazione vengono riportati nella deliberazione di approvazione del presente Piano.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, entro il 31 gennaio di ogni anno, con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Referenti, dai Responsabili di struttura e da tutti gli altri

soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio. L'aggiornamento annuale della Sezione Anticorruzione e Trasparenza tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi;
- emersione di nuovi rischi;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA e nelle deliberazioni e linee guida adottate dall'ANAC.

La programmazione 2025-2027, in particolare, tiene conto dei seguenti fattori:

- le intervenute modifiche normative ad opera del D. Lgs. 97/2016 in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nelle pubbliche amministrazioni – “Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge n. 190/2012 e del D. Lgs. n. 33/2013 ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 124/2015, in materia di riorganizzazione delle AA.PP.”;
- le intervenute modifiche normative ad opera del D. Lgs. 103/2024 “Semplificazione dei controlli sulle attività economiche, in attuazione della delega al Governo di cui all'art. 27, comma 1, della Legge n. 118/2022”, che in materia di trasparenza ha previsto l'inserimento dell'art. 23-*bis* al D.Lgs. 33/2013, relativo agli “Obblighi di pubblicazione concernenti i controlli sulle attività economiche”;
- l'intervenuto aggiornamento 2023 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- l'intervenuto aggiornamento 2022 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- l'intervenuto aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, che non ha comunque disposto innovazioni particolare per l'ambito della sanità pubblica;
- l'intervenuto aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, che non ha comunque disposto innovazioni particolare per l'ambito della sanità pubblica;
- l'intervenuto aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, che non ha comunque disposto innovazioni particolare per l'ambito della sanità pubblica;
- l'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 con delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016;
- dei dati derivanti dall'informatizzazione del processo di gestione del rischio mediante il software dedicato installato nel 2015 e integrato e perfezionato nel corso degli anni successivi;
- l'esito del monitoraggio annuale e, in particolare, i contenuti delle Relazioni a tal fine presentate dai Referenti delle Macro-aree, dai Direttori e dai Responsabili delle Strutture aziendali;
- l'analisi del contesto interno ed esterno.

Considerato che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, il presente Piano costituisce uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati anche in relazione al *feedback* ottenuto dalla sua applicazione e all'evoluzione organizzativa.

2.3.1.4 Ambito di applicazione

La presente Sezione si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione, a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- a) Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;
- b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- d) Personale assunto con contratto di somministrazione;
- e) Borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della S.C.I. Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni della presente Sezione del PIAO e del Codice di Comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del Piano e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione;
- negli atti relativi alla nomina dei componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione è raccolta la dichiarazione della presa d'atto dei contenuti del Piano e del Codice di Comportamento; analoga dichiarazione è raccolta ogni anno solare di permanenza in carica.

Per la categoria dei Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale l'ambito e le modalità di estensione vengono definite in sede di contrattazione integrativa con i Rappresentanti delle rispettive OO.SS., fatte salve in ogni caso le eventuali diverse disposizioni emanate a livello nazionale e/o regionale.

I contenuti del Piano e del Codice di Comportamento aziendale sono stati recepiti e resi obbligatori nei confronti dei Medici Specialisti e dei Veterinari convenzionati con l'Accordo Integrativo Aziendale sottoscritto dai rappresentanti delle rispettive OO.SS. in data 13 ottobre 2015.

2.3.1.5 Obblighi di conoscenza

La presa visione del Piano e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari di cui al precedente paragrafo.

Per agevolare l'assolvimento di tale obbligo:

- a cura dell'Ufficio Stampa, viene pubblicato un avviso sul sito istituzionale e sulla rete intranet e inviata una mail per informare i destinatari individuati nel precedente paragrafo dell'avvenuta pubblicazione del Piano e dei suoi aggiornamenti e dell'obbligo di prenderne visione;
- i Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail;
- il Responsabile della S.C.I. Gestione Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposito sito web e di trasmettere alla struttura medesima, entro e non oltre 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del Piano e dei documenti che ne costituiscono parte sostanziale ed integrante;
- i Responsabili delle ditte/associazioni il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura o di collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASL, adottano le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza della Sezione Prevenzione della corruzione e della Trasparenza del PIAO e del Codice di Comportamento dell'Azienda da parte dei propri dipendenti/collaboratori;
- i componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'O.I.V. sono informati al momento della raccolta della dichiarazione di assenza di motivi e circostanze di incompatibilità con l'incarico da assumere.

2.3.1.6 Il Contesto normativo: il livello statale e il livello aziendale

La normativa di riferimento si articola su un duplice livello: il livello statale e il livello aziendale.

- ✓ **IL LIVELLO STATALE** Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e ss.mm.ii;
- ✓ Testo Unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190, approvato con il Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;
- ✓ Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni approvato con il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- ✓ Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza;
- ✓ Decreto Legislativo 12 luglio 2024, n. 103, che in materia di trasparenza ha previsto l'inserimento dell'art. 23-bis al D. Lgs. 33/2013 e s.m.i., relativo agli "Obblighi di pubblicazione concernenti i controlli sulle attività economiche";
- ✓ Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii., Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante "Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33" e il relativo allegato come modificato dalla Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023;
- ✓ Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi

49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190 dettate dal Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39;

- ✓ *Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 e rivisto alla luce delle disposizioni del Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023, n. 81;*
- ✓ *Circolare n. 1 del 25.01.2013 del D.F.P. contenente precisazioni in ordine alle competenze affidate dalla legge 190/2012 ai vari soggetti istituzionali ivi individuati, alle modalità di nomina ed ai compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione;*
- ✓ *Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione;*
- ✓ *Circolare n. 2 del 19 luglio 2013 del D.F.P. ad oggetto "D.Lgs. n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza";*
- ✓ *Intesa del 24 luglio 2013 intervenuta in sede di Conferenza Unificata tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, con la quale sono state definiti gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti all'attuazione delle disposizioni della stessa legge;*
- ✓ *Delibera della CIVIT n. 72/2013 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica;*
- ✓ *Delibera della CIVIT n. 75/2013 recante le "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001);*
- ✓ *Piano Nazionale Anticorruzione approvato in data 11 settembre 2013 dalla CIVIT e relativo Aggiornamento 2015 di cui alla determinazione n. 12 del 28/10/2015 dell'Autorità medesima;*
- ✓ *Piano Nazionale Anticorruzione 2016 approvato dall'ANAC con delibera n. 831 del 3 agosto 2016;*
- ✓ *Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;*
- ✓ *Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;*
- ✓ *Aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;*
- ✓ *Aggiornamento 2022 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 17 del 17 gennaio 2023 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;*
- ✓ *Aggiornamento 2023 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;*
- ✓ *"Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza, dei codici di comportamento" adottato dall'ANAC. il 9 settembre 2014;*
- ✓ *Delibere e orientamenti ANAC in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza, incompatibilità.*
- ✓ *Decreto Legge 24 giugno 2014 n. 90, recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari", convertito con modificazioni nella Legge 114/2014, che ha disposto il trasferimento all'A.N.A.C. delle funzioni*

attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, commi 4, 5 e 8 della Legge 190/2012, e in materia di trasparenza di cui all'art. 48 del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.;

- ✓ Decreto Legislativo n. 50/2016 sul Codice dei Contratti pubblici modificato dal decreto correttivo al Codice dei contratti – D. Lgs. 19 aprile 2017, n. 56. Il quadro normativo in materia di Appalti è stato interessato da **profonde modifiche**. Gli interventi più significativi sono stati intrapresi nel corso del 2019 ad opera della Legge 14 giugno 2019, n. 55 cosiddetta “**Sblocca Cantieri**” che ha apportato delle semplici modifiche di alcune procedure di acquisizione dei lavori, beni e servizi; altri interventi sono del 2020 e nel 2021, sollecitati dall'emergenza e dalla necessità di consentire una rapida ripresa delle attività. Ci si riferisce a quelli operati del Decreto Legge “**Cura Italia**” n. 18 del 17 marzo 2020, convertito in Legge n. 27 del 24 aprile 2020, del D.L. n. 76 del 16 luglio 2020, cosiddetto “**Semplificazioni**”, convertito con modifiche in Legge l'11 settembre 2020, n. 120 e del Decreto Legge “**Semplificazioni Bis**” n. 77 del 31 maggio 2021, convertito con modifiche in Legge n. 108 del 20 luglio 2021.
- ✓ Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 sul “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici;
- ✓ Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante “Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale”;
- ✓ Delibera ANAC n. 262 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all'articolo 24, comma 4, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 (FVOE) d'intesa con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e con l'Agenzia per l'Italia Digitale e il relativo allegato;
- ✓ Delibera ANAC n. 263 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 d'intesa con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti recante “Modalità di attuazione della pubblicità legale degli atti tramite la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici” - BDNCP e il relativo allegato;
- ✓ Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023, Comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione con riferimento all'art. 225, commi 1 e 2 del D. Lgs. 36/2023;
- ✓ Legge 124 del 4 agosto 2017 “Legge annuale per il mercato e la concorrenza”;
- ✓ Legge 179 del 30 novembre 2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- ✓ Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 in materia di Whistleblowing e riservatezza attuativo della “Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;
- ✓ Delibera ANAC n. 311 del 12 luglio 2023 “Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”.

IL LIVELLO AZIENDALE

- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 363 del 28/10/2022, con la quale è stato individuato a decorrere dal 01/11/2022, in luogo del precedente, l'attuale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL CN1 ai sensi dell'art. 1, comma 7, della Legge n. 190/2012;
- ✓ Nota protocollo n. 2163905 del 19/07/2013, relativa all'individuazione dei Referenti per la predisposizione del Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e ss.mm.ii.;
- ✓ Applicazione al campo della prevenzione della Corruzione del nuovo assetto organizzativo determinato dall'Atto aziendale recepito con la DGR 53-2487 del 23/11/2015 con l'individuazione dei Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione delle macro-aree e ss.mm.ii.;
- ✓ Programmazione della Trasparenza che costituisce la Parte Speciale "B" della presente Sezione.

Sono parte integrante della presente Sezione:

- ✓ la Programmazione della Trasparenza, che, in conformità a quanto previsto nell'Aggiornamento 2016 al PNA, costituisce specifica Sezione del presente Piano;
- ✓ il Codice di Comportamento aziendale adottato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 515 del 20 dicembre 2013 e su proposta del Responsabile della Prevenzione, all'esito della procedura di consultazione pubblica e previo parere favorevole del Nucleo di Valutazione in funzione di OIV, aggiornato con deliberazione n. 28 del 31 gennaio 2017. Codice di Comportamento rivisto nel 2013 alla luce delle disposizioni del DPR 13 giugno 2023, n. 81, parte integrante del Piano 2024-2026 e approvato con deliberazione n. 25 del 29/01/2024, dopo essere stato preceduto dalla procedura di consultazione pubblica, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti, pubblicato sul sito istituzionale e sulla intranet e diffuso mediante comunicati stampa e mail personali a tutti i dipendenti e al personale convenzionato, all'OIV, ai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, ai Comuni dell'ambito territoriale dell'ASLCN1, alle Associazioni di Volontariato e agli Organismi di tutela della Conferenza dei Servizi Aziendali di Partecipazione;
- ✓ i Codici disciplinari per il personale del comparto e della dirigenza e il relativo Regolamento rinnovato con Deliberazione del Direttore Generale n. 257 del 19/07/2017;
- ✓ il Regolamento in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente e anagrafe delle prestazioni, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.1187 del 22/12/2009, aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 34 del 30/01/2014, modificato ed integrato con Deliberazione del Direttore Generale n. 170 del 11 marzo 2021, che disciplina il conferimento e lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'azienda;
- ✓ il Regolamento per le attività esterne del Personale delle Professioni Sanitarie ai sensi dell'art. 3 quater del D.L. n. 127/2021, convertito dalla L. 165/2021 e ss.mm.ii., adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 242 del 24/06/2024
- ✓ la Procedura per le segnalazioni degli illeciti approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 23/01/2014, modificata ai sensi del Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, adottata con deliberazione n. 25 del 29/01/2024 come parte integrante del PIAO 2024-2026;

- ✓ il “Patto di integrità” approvato con Deliberazione n. 528 del 24/12/2013, integrato e aggiornato nel 2021 e rivisto nel 2024 secondo il “Sistema qualità aziendale”, con riferimento sia all’acquisto di beni e servizi che all’appalto di lavori. I distinti Patti d’integrità sono allegati al PIAO 2024-2026.
- ✓ tutte le disposizioni, i provvedimenti interni, gli atti e le procedure e regolamenti aziendali che disciplinano gli ambiti di attività esposti a rischio.

In particolare, costituisce presupposto fondamentale della presente Sezione il rispetto, nello svolgimento delle attività istituzionali, delle norme di legge e delle disposizioni e procedure interne, nonché il rispetto delle regole comportamentali previste dal Codice di comportamento aziendale, che si integrano con quelle della Sezione Prevenzione della corruzione e Trasparenza del PIAO formando un *corpus* di norme interne finalizzate alla diffusione di una cultura improntata a correttezza, trasparenza e legalità.

2.3.1.7 Obiettivi e azioni della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO

Il PTPCT ora parte del PIAO è uno strumento di programmazione, adottato annualmente, con l’obiettivo di fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, di individuare le aree di attività maggiormente esposte a tale tipo di rischio, a partire dalle attività che la legge n. 190/2012 già considera come tali (quelle previste dall’art.1, comma 16, lettere a),b),c) e d) e di adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell’illegalità.

Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso PTPCT aziendale. Tali obiettivi, al cui conseguimento concorrono tutti i dipendenti dell’azienda, sono:

- **Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;**
- **Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;**
- **Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.**

All’individuazione e all’attuazione delle misure più idonee ed efficaci da adottare e alle attività di diffusione del Piano e di osservazione della sua effettiva realizzazione, concorrono pertanto i Dirigenti e tutto il personale, in uno con il Responsabile della prevenzione della corruzione e i Referenti anticorruzione delle macro-aree.

In dettaglio, questo Piano risponde alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività, tra le quali quelle di cui al comma 16 della legge 190/2012, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano nazionale anticorruzione, nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei Dirigenti, elaborate nell’esercizio delle competenze previste dall’*articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*;
- b) definizione delle procedure per l’effettuazione di analisi, di valutazioni, di proposte, con i Dirigenti e il personale addetto alle aree a più elevato rischio;
- c) definire le modalità di monitoraggio, del rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione del procedimento;
- d) rilevazione e adozione delle misure di contrasto rispetto a rischi identificati quali:

- d1)* sviluppo di forme di controllo interno dirette a prevenire la corruzione e consentirne l'emersione qualora alligni;
 - d2)* meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
 - d3)* valutazione della possibilità di garantire sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, attraverso la definizione di regolamenti, protocolli operativi e attività proceduralizzate per tutti i processi aziendali considerati a maggior rischio con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- e)** riguardo alla segnalazione di condotte illecite, da parte delle persone che operano nel contesto lavorativo dell'ASL, di cui siano venute a conoscenza, ai sensi del comma 51 L. 190/2012, il c.d. Whistleblowing, l'adozione di un Sistema informatico, che garantisca l'anonimato del denunciante per il tempo e per i fini previsti dal Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, e l'assicurazione di adeguate forme di tutela in capo al segnalante, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- f)** obblighi di informazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- g)** potenziare le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, di concessione o di erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- h)** adozione di misure che garantiscano:
 - h1)* il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 L. 190/2012;
 - h2)* l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri di comportamento, tra cui rientra il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
 - h3)* la diffusione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, commi 49 e 50 L. 190/2012, e comma 16-ter dell'articolo 53 D. Lgs. 165/2001 come modificato, regole definite ulteriormente con il D. Lgs. 39 dell'8 aprile 2013;
 - h4)* la diffusione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, come modificate dal comma 42 L.190/2012;
 - h5)* la verifica
 - 1. della realizzazione del Piano Trasparenza, come disciplinata dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 e, ss.mm.ii. "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", come articolazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione;
 - 2. la cura del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni, del diritto di accesso civico;
- i)** la realizzazione di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al Responsabile della prevenzione della corruzione della CN1, ai dirigenti amministrativi

competenti e ai dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;

- j) lo sviluppo delle forme di integrazione e di coordinamento con il Piano della Performance;
- k) la definizione delle modalità delle forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione, sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica.

Le misure di gestione del rischio previste nel presente Piano ai fini della prevenzione e del contrasto della corruzione e dell'illegalità e della promozione dell'integrità, sia quelle obbligatorie per legge, specifiche e trasversali (trasparenza, codice di comportamento, incompatibilità e inconferibilità, ecc), sia quelle ulteriori individuate in relazione ai rischi specifici, sono recepite nell'ambito del Ciclo della Performance aziendale e negli aggiornamenti annuali del Piano della Performance.

Misure ed interventi organizzativi vanno considerati come strumenti da affinare e/o modificare ed integrare nel tempo, anche alla luce dei risultati conseguiti con la loro applicazione, così come previsto nelle Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 emanate dal Comitato Interministeriale e come ribadito nella Premessa.

Le azioni di prevenzione della corruzione programmate per il triennio 2025-2027 susseguono a quelle previste nei precedenti Piani e rispondono all'esigenza di consolidamento dell'esistente anche in considerazione delle modifiche organizzative, avviate nel corso del 2016 e proseguite negli anni successivi in attuazione dell'Atto Aziendale adottato con Deliberazioni del Direttore Generale n. 232 del 23/10/2015 e n. 259 del 10/11/2015, approvato con DGR del Piemonte n. 53-2487 del 23/11/2015, integrato con una 4^a variante, deliberata dal Direttore Generale il 13/05/2019 con provvedimento n. 203, approvato dalla Regione Piemonte con DGR n. 112-9019 del 16/05/2019, integrato con una ulteriore 5^a variante come da deliberazione n. 627 del 30/09/2021, recepita in via definitiva dalla Regione Piemonte con DGR n. 15-3926 del 15/10/2021 ed integrato con un'ultima 6^a variante, deliberata dal Direttore Generale il 14/02/2022 con provvedimento n. 52, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n. 14-4830 del 31/03/2022 e ancora integrata dalla deliberazione n. 109 del 06/04/2022. L'Atto Aziendale è stato nuovamente integrato con una ulteriore 7^a variante, deliberata il 30/11/2022 dal Direttore Generale con provvedimento n. 394, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n. 8-6523 del 20/02/2023 e integrato con un'ultima 8^a variante, deliberata con provvedimento n. 129 del 03/03/2023, integrata dalla deliberazione n. 184 del 22/05/2023 e recepita dalla Regione Piemonte con DGR n. 6-7419 del 04/09/2023.

2.3.1.8 Coordinamento con il ciclo della performance

Il Piano Nazionale Anticorruzione, al par. B 1.1.4, stabilisce che *“L'efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione”*. In particolare, *“Risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani. Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera n. 6 del 2013 della C.I.V.I.T., alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:*

- alla performance;
- agli standard di qualità dei servizi;

- *alla trasparenza;*
- *al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.*

È dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT e gli strumenti vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché di quelli individuati dal D.Lgs. n. 150 del 2009 e ss.mm.ii., ossia:

- *il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del D.Lgs. 150 del 2009);*
- *il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (art. 7 del D.Lgs. 150 del 2009).*

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all'inserimento dell'attività che pongono in essere per l'attuazione della Legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nel P.P.. Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPC."

La determinazione ANAC n. 12/2015 di aggiornamento al PNA 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 sè 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 Piano di prevenzione della corruzione 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 e 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 RPC 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 P.P. nel duplice versante della *performance* organizzativa e della *performance* individuale.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della *performance* organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della *performance* che, a norma dell'art. 10 D.Lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La Relazione della Performance deve essere trasmessa al Responsabile della prevenzione della corruzione, al quale compete:

- effettuare un'analisi per individuare le ragioni/cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuare, anche su proposta dei Referenti e dei Responsabili di struttura, eventuali azioni correttive, sia con riferimento alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori;
- inserire eventuali azioni correttive nell'ambito delle misure di implementazione/miglioramento del Piano.

In conformità a quanto stabilito dalla delibera CIVIT 75/2013, recante “*Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, D.Lgs. 165/2001*”, l'ivi previsto coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance viene assicurato attribuendo rilievo al rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio e verificando il controllo sull'attuazione e sul rispetto del Codice da parte dei responsabili di struttura e prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale di cui all'art. 14, c. 4, lett. e), del D.Lgs.150/2009.

2.3.2 PARAGRAFO 2 - SOGGETTI, COMPITI E RESPONSABILITÀ

Concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti:

2.3.2.1 Il Direttore Generale

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione¹⁹ e il Responsabile per la Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- assicura al Responsabile della Prevenzione e al Responsabile della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante

¹⁹Ai sensi della Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, Il Responsabile della prevenzione della corruzione è nominato con deliberazione del Direttore Generale quale organo di indirizzo politico dell'Azienda. Il RPC di norma è individuato tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio. La designazione deve essere comunicata all'Autorità Nazionale Anticorruzione unitamente all'indirizzo di posta elettronica del Responsabile medesimo. Non può essere nominato RPC il dirigente responsabile dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, in ragione del potenziale conflitto di interessi che può determinare la sovrapposizione tra le due figure. Non può essere nominato RPC un dirigente che sia stato destinatario di provvedimenti giudiziari di condanna per illeciti penali non colposi o di provvedimenti disciplinari e che non abbia dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo. L'incarico di RPC non può essere attribuito a dirigenti collocati nell'ambito della diretta collaborazione dell'organo di indirizzo politico dell'Azienda.

assegnazione di appropriate²⁰ risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;

- dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;
- concorre alla definizione della strategia di prevenzione e alla individuazione delle relative misure e ne promuove l'attuazione;
- adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione e del Responsabile della Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i loro aggiornamenti annuali e li trasmette all'Autorità Nazionale Anticorruzione e alla Regione;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quale, a titolo di esempio, il Codice di Comportamento aziendale;
- assicura la sostanziale coerenza e la rispondenza alla strategia di prevenzione di tutti gli atti di programmazione aziendale, garantendone il reale coordinamento e collegamento col Piano di prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e della integrità.

2.3.2.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Con Delibera n. 363 del 28/10/2022 del Direttore Generale è stato individuato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'ASL CN1 il Dottor Roberto Balocco, a decorrere dal 1° novembre 2022.

Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione, comunque motivato, è comunicato all'Autorità Nazionale Anticorruzione che, entro 30 giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

Qualora nei confronti del Responsabile della Prevenzione vengano avviati procedimenti disciplinari o penali, si procede alla revoca dell'incarico.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione:

a) ai sensi della legge 190/2012:

- elabora e propone al Direttore Generale il Piano Triennale della prevenzione della corruzione;
- definisce le priorità di trattamento dei rischi;

²⁰ Ai sensi della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013, l'appropriatezza delle risorse va intesa non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, dovendo assicurare la presenza di elevate professionalità, che dovranno essere destinatarie di specifica formazione.

- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa col Direttore/Responsabile di struttura competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- fatti salvi i diversi termini stabiliti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, pubblica sul sito web dell'azienda una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette alla Direzione Generale e all'Autorità Nazionale Anticorruzione in allegato al Piano dell'anno successivo;
- riferisce sull'attività alla Direzione Generale su richiesta di quest'ultima e ogni qualvolta ne ravvisi l'opportunità;
- segnala al Direttore Generale e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione;

b) ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 39/2013 e dell'intesa in sede di Conferenza unificata Stato – Regioni del 24 luglio 2013:

- cura, anche attraverso le disposizioni della presente Sezione, che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni del citato decreto in materia di inconfiribilità e di incompatibilità degli incarichi;
- contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconfiribilità e di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo;
- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato decreto legislativo;

c) ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013:

- cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati;

d) ai sensi del Piano Nazionale Anticorruzione 2016:

- sollecita l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

2.3.2.3 Prerogative del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Per l'espletamento dei suoi compiti, il Responsabile della prevenzione della corruzione è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.

2.3.2.3.1 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

A tal fine, i Responsabili di Struttura e i Referenti delle macro-aree devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'ASL per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttivo altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- l'adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare

responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;

- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'ASL nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'ASL;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui l'ASL CN1 sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa.

I Referenti individuati nel successivo capitolo, i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Responsabili delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della responsabilità disciplinare.

2.3.2.3.2 Modalità di comunicazione

Tutte le comunicazioni con il Responsabile della Prevenzione della corruzione, quali trasmissioni di atti, dati, documenti, relazioni, comprese quelle riguardanti la gestione dei rischi dei processi di pertinenza delle varie Strutture, devono avvenire attraverso l'apposita casella e-mail responsabile.anticorruzione@aslcn1.it.

Per le segnalazioni, da parte dei dipendenti o comunque da parte di tutte le persone che operano nel contesto lavorativo dell'ASL, di fatti e comportamenti illeciti o tuttavia contrari alle norme del Codice di comportamento è stato istituito un apposito portale di whistleblowing.

L'ASL garantisce ai dipendenti che segnalano fatti e comportamenti illeciti la riservatezza sulla loro identità e adeguate forme di tutela da possibili ritorsioni o discriminazioni secondo quanto più approfonditamente previsto nell'apposita sezione del presente Piano e nella procedura "Whistleblowing Policy" pubblicata sul sito istituzionale e sulla intranet nella sezione "Anticorruzione", alla quale si rinvia.

Per converso, l'utilizzo improprio dell'istituto della segnalazione e, più in generale, i comportamenti volti esclusivamente a rallentare l'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione, saranno fonte di responsabilità in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, ove ne ricorrano i presupposti.

2.3.2.3.3 Il Responsabile della Trasparenza

Il Direttore Generale, con deliberazione n. 363 del 28/10/2022, ha attribuito l'incarico di Responsabile della Trasparenza, che svolge le funzioni indicate dall'art. 43 del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., al Direttore della Struttura Complessa Affari Generali e Controlli Interni. La funzione di Responsabile della Trasparenza è stata svolta fino al 31/12/2020 dalla Dirigente Responsabile della S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità e poi fino al 31/10/2022 al Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Servizio Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali.

2.3.2.3.4 Referenti per la Prevenzione della Corruzione

A seguito del nuovo assetto organizzativo, determinato dall'Atto aziendale approvato con le citate DGR del novembre 2015 e 2017, integrato con varianti nel 2019, 2021, 2022 e 2023 e in ultimo recepito con DGR 6-7419 del 04/09/2023 vengono individuati come **Referenti Aziendali per la Prevenzione della Corruzione** i Dirigenti responsabili delle sotto indicate macro-aree:

ARTICOLAZIONE AZIENDALE DI PERTINENZA	REFERENTE RUOLO SANITARIO/ TECNICO-PROF.LE	REFERENTE RUOLO AMMINISTRATIVO
DIPARTIMENTO E STRUTTURE SOVRAZIONALI DI PREVENZIONE	<i>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E DIRETTORE S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE - DIPSA</i>	<i>RESPONSABILE S.S.D. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DELLA I PREVENZIONE</i>
STRUTTURE AMMINISTRATIVE/ TECNICHE/ PROFESSIONALI	<i>DIRETTORE S.C. SERVIZIO TECNICO E RESPONSABILE S.S. INNOVAZIONE E SICUREZZA INFORMATICA</i>	<i>DIRETTORI/RESPONSABILI DELLE STRUTTURE. ACQUISTI – BILANCIO E CONTABILITA' – AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI – SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDALE - GESTIONE RISORSE UMANE – LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDI OSPEDALIERI – CICLO DELLA PERFORMANCE E PROGETTI INNOVATIVI – FORMAZIONE SVILUPPO DELLE COMPETENZE E QUALITA'</i>
COORDINAMENTO DEI PRESIDI OSPEDALIERI E STRUTTURE OSPEDALIERE/ SPECIALISTICA AMBULATORIALE/ EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	<i>DIRETTORI DIREZIONI SANITARIE E DIRETTORE DIPSA</i>	<i>DIRETTORE S.C. LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDI OSPEDALIERI</i>
ATTIVITA' DISTRETTUALI/ SANITARIE TERRITORIALI/ FARMACEUTICA TERRITORIALE	<i>COORDINATORE AREA TERRITORIALE ASLCN1 E DIRETTORE DIPSA</i>	<i>RESPONSABILE S.S. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE</i>

Compito fondamentale dei Referenti è quello di assicurare il raccordo tra il Responsabile della Prevenzione e tutti i Responsabili e Dirigenti delle articolazioni aziendali ricomprese nelle macro-aree di rispettiva pertinenza e di concorrere alla tempestiva e puntuale attuazione delle disposizioni e prescrizioni in materia di anticorruzione mediante l'esercizio di funzioni di informazione, impulso, verifica e controllo e l'adozione di ogni altra idonea iniziativa.

Ai Referenti compete, in particolare:

- cooperare alla gestione del rischio;
- assicurare un efficace flusso informativo tra il RPC e i Responsabili delle articolazioni aziendali;
- verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle macro-aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPC eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- cooperare col Responsabile ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- cooperare ai fini dell'individuazione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio nelle aree maggiormente esposte;
- monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

I Referenti possono avvalersi del supporto di collaboratori, ma le relative funzioni non sono delegabili.

I nominativi dei Referenti delle macro-aree sono pubblicati nel sito web istituzionale nella sezione *"Amministrazione Trasparente-Altri contenuti-Corruzione"*.

2.3.2.3.5 Il Responsabile dell'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti (RASA)

Il Responsabile dell'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti è preposto all'iscrizione ed all'aggiornamento dei dati inseriti per la CN1 nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

Il RASA è stato individuato dall'Amministrazione con DDG n. 25 del 27 gennaio 2017, nella Responsabile della S.S. Acquisti, Avv. Maura ACCHIARDI.

2.3.2.3.6 Il Data Protection Officer (DPO)

Responsabile della protezione dei dati personali – Data Protection Officer (DPO) dell'ASL CN1, con Deliberazione n. 307 del 2 ottobre 2023, è stata nominata la Dott.ssa Pinuccia CARENA, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679, con decorrenza dalla data di adozione del citato provvedimento e per la durata di cinque anni e incaricata con il medesimo provvedimento, Responsabile della Struttura Semplice Ciclo della Performance e Progetti Innovativi.

2.3.2.3.7 Responsabile per la Transizione Digitale (RTD)

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 307 del 2 ottobre 2023 è stato nominato Responsabile per la Transizione Digitale (RTD) dell'ASL CN1, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'Amministrazione Digitale" e s.m.i, il Dottor Andrea SAGLIETTI, incaricato con il medesimo provvedimento, Responsabile della Struttura Semplice Innovazione e Sicurezza Informatica.

2.3.2.3.8 Strutture di supporto

Per le attività amministrative il RPCT si avvale del supporto della struttura di appartenenza.

Tutte le strutture aziendali sono tenute, nell'ambito delle materie di propria competenza, ad assicurare al RPCT il supporto operativo e professionale necessario all'esercizio delle sue funzioni.

2.3.2.3.9 Dirigenti

Hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti.

In tale prospettiva, l'approccio dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere *in primis* finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità.

I Dirigenti esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e funzioni:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. 165/2001; art. 20 DPR n. 3/1957; art. 1, c. 3, legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di prevenzione e gestione del rischio di corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16 d.lgs. 165/2001; art. 8 DPR. 62/2013 e art. 8 Codice di comportamento aziendale);
- propongono misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e illegalità e ne controllano il rispetto da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti (art. 16 D.Lgs. 165/2001);
- osservano e vigilano sull'osservanza, da parte del personale assegnato alla struttura di rispettiva pertinenza, delle norme dei Codici di Comportamento generale e aziendale e delle misure del presente Piano, rilevano e comunicano tempestivamente al Responsabile della prevenzione e all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari eventuali violazioni (art. 1, comma 14 legge 190/2012; art. 13 DPR n. 62/2013 e art. 13 Codice di comportamento aziendale);
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nella struttura cui sono preposti e, nell'ipotesi di violazioni integranti fattispecie di natura corruttiva, adottano i conseguenti provvedimenti gestionali di competenza, quali l'esercizio dell'azione disciplinare e l'adozione degli atti preordinati all'applicazione delle misure della sospensione e della rotazione (artt. 16 e 55 bis D.Lgs. 165/2001);
- propongono le iniziative da inserire nel Piano di formazione e i nominativi del personale con priorità di formazione;
- i Dirigenti responsabili di struttura individuano almeno un **referente interno** col compito di sovrintendere e coordinare le attività e gli adempimenti in materia di anticorruzione nell'ambito della struttura cui sono preposti.

2.3.2.3.10 L'Organismo Indipendente di Valutazione

➤ Partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi (PNA, All.to 1, par. A.2 e par. B.1.2).

All'OIV, compete, inoltre:

- verificare, 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;
- verificare i contenuti della Relazione del RPC 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;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento aziendale;
- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e alla integrità, secondo le disposizioni legislative e le indicazioni delle Autorità preposte.

2.3.2.3.11 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD)

➤ Svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.Lgs. 165/2001);

➤ provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);

➤ cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del Decreto Legislativo n. 165 del 2001;

➤ ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;

➤ svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della Prevenzione della Corruzione, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di Comportamento aziendale.

2.3.2.3.12 I dipendenti dell'amministrazione

➤ Partecipano al processo di gestione del rischio e prestano la loro collaborazione al RPCT (art. 8 Codici di Comportamento generale e aziendale; PNA, All.to 1, par. A.2 e par. B.1.2);

➤ osservano le misure e prescrizioni contenute nel Piano (art. 1, c. 14, legge 190/2012; art. 8 Codici di Comportamento generale e aziendale), incluse le disposizioni del Codice di Comportamento e del Regolamento sull'esercizio delle attività extra-istituzionali;

➤ segnalano tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o al Responsabile della Prevenzione della Corruzione le situazioni di illecito (art. 54 bis d.lgs. 165/2001 e art. 8 Codici di comportamento generale e aziendale), i casi di personale conflitto di interesse (art. 6 bis legge 241/1990 e artt. 6 e 7 Codici di Comportamento generale e aziendale) e le anomalie riscontrate nell'ambito dell'istruttoria o del processo di adozione di un atto.

2.3.2.3.13 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione

➤ Osservano le misure e le prescrizioni contenute nel Piano e segnalano le situazioni di illecito al Responsabile della struttura cui afferiscono o al RPCT o all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (artt. 2 e 8 DPR 62/2013; PNA, All.to A.2).

2.3.3 PARAGRAFO 3 - LE RESPONSABILITÀ

Nonostante la nuova forma che assumono i documenti che contengono la descrizione delle attività relative all'anticorruzione e trasparenza mantengono validità le precedenti originarie che prevedono le seguenti responsabilità.

2.3.3.1 Responsabilità del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, della Programmazione della Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000²¹.

2.3.3.2 Responsabilità del Responsabile della Prevenzione della corruzione

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità

²¹Ai sensi del "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento" del 9 settembre 2014, art. 1, comma 1, lett. g), "Equivale a omessa adozione: a) l'approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo di misure, in materia di anticorruzione, in materia di adempimento degli obblighi di pubblicità ovvero in materia di Codice di comportamento di amministrazione; b) l'approvazione di un provvedimento il cui contenuto riproduca in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da altre amministrazioni, privo di misure specifiche introdotte in relazione alle esigenze dell'amministrazione interessata; c) l'approvazione di un provvedimento privo di misure per la prevenzione del rischio nei settori più esposti, privo di misure concrete di attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui alla disciplina vigente, meramente riproduttivo del Codice di comportamento emanato con il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62".

in caso di inadempimento, in particolare:

➤ ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012: *“In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*

a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;

b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.”;

➤ ai sensi dell'art. 1, comma 14, medesima legge: *“In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano”.*

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

2.3.3.3 Responsabilità dei dipendenti

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previste dalla presente Sezione del PIAO e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento da parte dei dipendenti dell'azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

I Referenti delle Macro-aree, i Responsabili di struttura e i Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dalla presente Sezione e dai Codici di Comportamento.

Alle violazioni di natura disciplinare si applicano, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, le sanzioni previste dai CCNL e dai CI con riferimento a ciascuna categoria, pubblicati sulla pagina web “Amministrazione Trasparente” dell'ASL, nella sezione “Disposizioni generali” e nel Regolamento aziendale n. 257 del 19/07/2017, che viene pubblicato sulla intranet nella sezione “Servizio Legale”.

Il procedimento di applicazione delle sanzioni, così come disciplinato dal d.lgs. 165/2001 e dal citato regolamento aziendale, garantisce il rispetto dei principi del contraddittorio e del diritto di difesa dell'incolpato.

L'irrogazione di una sanzione disciplinare rileva ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva, per la parte correlata alla valutazione della performance individuale, in coerenza con le previsioni dell'art. 8, comma 3, lett. a), del Codice di comportamento aziendale.

Ai predetti fini, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari comunica i provvedimenti di applicazione delle sanzioni disciplinari alle strutture competenti all'adozione dei provvedimenti nelle suddette materie.

2.3.3.4 Provvedimenti nei confronti del personale convenzionato, dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano di prevenzione della corruzione e del Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'ASL o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

È fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo reputazionale.

2.3.4 PARAGRAFO 4 - LA GESTIONE DEL RISCHIO

2.3.4.1 Principi per la gestione del rischio

Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, nell'ASL CN1, a tutti i livelli, si sono adottati sin dal primo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione i principi riportati qui di seguito, tratti dalla normativa UNI ISO 31000:2010.

a) La gestione del rischio crea e protegge il valore.

La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, security, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.

b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.

La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della Direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale.

La gestione del rischio non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi.

La gestione del rischio: aiuta i Responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative; implica l'assunzione di responsabilità in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi; le scelte in tal senso e le relative responsabilità riguardano, in particolare la Direzione Generale, i Responsabili di struttura e il RPCT.

d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza.

La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata; non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive ed è ispirata al criterio della prudenza.

e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.

Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili, è realizzata, assicurando l'integrazione con gli altri processi di programmazione e gestione.

f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.

Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti; tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

g) La gestione del rischio è "su misura".

La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno dell'Azienda e con il profilo di rischio della stessa.

h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.

Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.

Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei Responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

j) La gestione del rischio è dinamica.

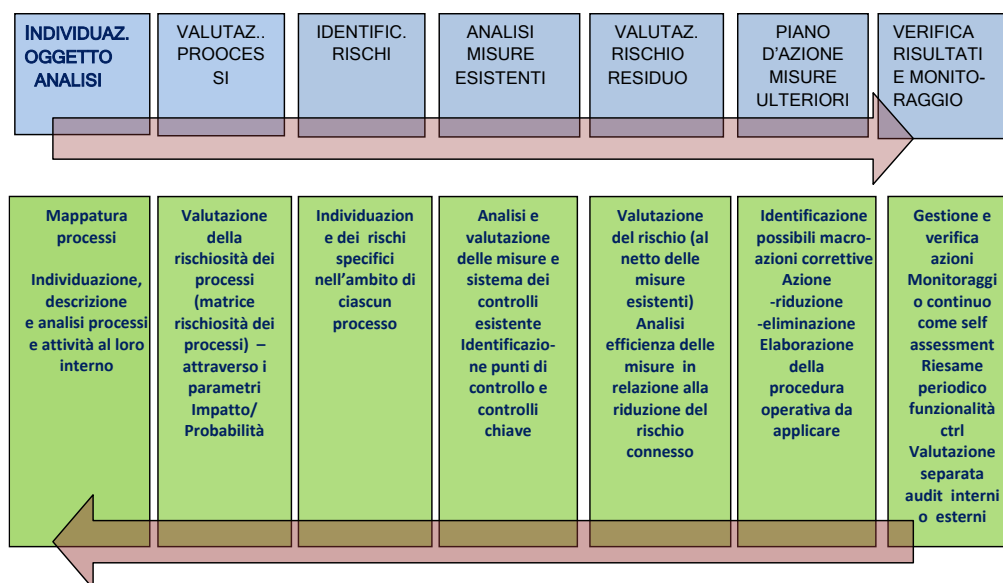
La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano ed altri scompaiono.

k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.

La gestione del rischio è un processo di miglioramento continuo e graduale: da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio; dall'altro, dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi.

2.3.4.2 Il processo di gestione del rischio

Il sistema di gestione del rischio adottato dall'ASL CN1 si basa sul modello previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione che, nel rispetto dei sopra riportati principi, si sviluppa in un processo dinamico e ciclico rappresentato nel seguente schema:



L'intero processo di gestione del rischio, come definito e concretamente attuato dall'ASL CN1, si fonda sulla partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili, dei Dirigenti delle strutture aziendali e dei titolari di posizioni organizzative, di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi. Le singole fasi in cui si articola sono state descritte in dettaglio nelle istruzioni operative adottate secondo il "Sistema Qualità" per supportare e orientare in modo univoco l'attività di gestione del rischio da parte delle strutture coinvolte, pubblicate nella sezione "Anticorruzione" del sito internet e della rete intranet dell'ASL.

Allo stesso fine, dal 2015, è stato installato e attivato un software, successivamente affinato, che consente la gestione informatizzata di tutte le fasi del processo di gestione del rischio, le cui funzionalità rispondono ai contenuti del PNA e del relativo aggiornamento.

L'impiego del sistema informatico migliora la qualità del processo, poiché rende maggiormente consapevoli i soggetti e le strutture coinvolte del rispettivo ruolo e dei conseguenti compiti e garantisce la tracciabilità e il monitoraggio costante delle attività poste in essere in attuazione del Piano e delle relative misure di prevenzione.

Attraverso il sistema vengono gestite a livello decentrato le seguenti fasi:

- 1. mappatura dei processi:** per ogni processo/sottoprocesso/fase di processo viene compilata, a cura delle strutture, una scheda contenente le principali informazioni (area di rischio di riferimento; struttura e soggetti responsabili; descrizione; norme, procedure, controlli) alla quale viene allegata una scheda di mappatura dettagliata contenente l'indicazione dell'input e dell'output, delle fasi, dei tempi dei vincoli e delle interrelazioni tra i processi. La mappatura viene completata allegando la rappresentazione grafica del processo/sottoprocesso/fase (flow chart) e i documenti contenenti la disciplina applicabile, quali regolamenti interni, procedure, istruzioni operative.

Per la predisposizione del presente Piano sono stati analizzati tutti i settori di attività dell'Azienda attraverso la valutazione di **161** processi e **505** sottoprocessi/fasi di processo.

Nel 2017 si era completata la mappatura dei procedimenti/processi amministrativi attraverso l'utilizzo del sistema informatizzato di gestione del rischio attivo dal 2015, che garantisce maggiore omogeneità e profondità nella descrizione, analisi e valutazione delle attività aziendali e dei relativi rischi, proseguendo anche nel corso del 2024 l'attività avviata negli anni precedenti. Tutte le Strutture hanno provveduto alla verifica, integrazione e aggiornamento del Catalogo dei processi e relativi sottoprocessi e del Registro dei rischi. Inoltre, come a partire dal 2018 anche nel 2024 alcune Strutture hanno effettuato un'analisi più dettagliata e approfondita di singole fasi e attività di alcuni processi. Anche nel 2025 si continuerà tale attività di maggiore dettaglio e approfondimento di altri processi/procedimenti o sottoprocessi, sempre al fine di migliorare la strategia di prevenzione. A tale proposito, nel 2024, il Servizio Veterinario di Igiene degli alimenti di origine animale, afferente al Dipartimento di Prevenzione, ha effettuato una revisione della procedura relativa all'attività di controllo ufficiale.

Nel 2024 l'Ufficio di prevenzione della corruzione ha provveduto ad effettuare degli Audit finalizzati alla verifica dell'effettiva attuazione della mappatura dei processi/sotto-processi da parte delle Strutture aziendali. In particolare, sono state sottoposte a verifica:

- le Direzioni Sanitarie Ospedaliere di Mondovì e Savigliano in relazione all'attività conseguente al decesso in ambito ospedaliero e alla vestizione delle salme in caso di decesso nelle Strutture dell'ASLCN1;
- la Struttura di Igiene degli alimenti di origine animale con riferimento all'attività di controllo ufficiale nelle materie di competenza del suddetto Servizio Veterinario.

Si precisa infine che, nel corso del 2023, le Strutture aziendali coinvolte in bandi e contratti con riferimento agli interventi finanziati con Fondi PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) hanno svolto attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo, attraverso il sistema informativo ReGis messo a disposizione dalla Ragioneria Generale dello Stato, in base alle prescrizioni dettate dai Regolamenti Europei, a partire dal Regolamento EU 2021/241 e dalle disposizioni Nazionali e Regionali in materia.

In particolare, nell'ambito della "Missione 6 Salute", le check-list e le verifiche condotte in ReGis riguardano: la regolarità amministrativo-contabile; la corretta individuazione del Titolare effettivo – normativa antiriciclaggio; l'assenza di conflitto di interessi; l'osservanza del divieto di doppio finanziamento; il rispetto degli ulteriori requisiti del PNRR connessi alla misura a cui è associato il Progetto – "Milestone e Target"; l'adempimento del principio del DNSH (Do No Significant Harm) e l'ottemperanza di principi trasversali del PNRR.

2. valutazione dei rischi: è la macro fase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con altri rischi, al fine di definire le priorità di intervento.

Per quanto concerne questa particolare fase, occorre innanzitutto sottolineare che presa visione di quanto disposto nel PNA 2023, questa Amministrazione provvederà, nel corso del 2025, a considerare l'opportunità di effettuare un riesame sostanziale della mappatura dei procedimenti, dei processi e dei sottoprocessi aziendali e della valutazione del rischio degli stessi con le Strutture aziendali interessate, e a verificare i tempi e i modi di attuazione, essendo questa un'attività assai complessa ed impegnativa. Pertanto, nel presente Piano non sono state apportate delle modifiche al sistema di valutazione del rischio, adottato finora, che comunque mette in evidenza oltre che al

computo quantitativo anche una risultanza qualitativa e grafica del livello di rischio alto, medio o basso.

2.1 identificazione dei rischi e dei fattori abilitanti: il sistema informatico prevede un catalogo dei rischi elaborato sulla base dei rischi già identificati nel biennio 2013-2014 con possibilità di nuovi inserimenti. Ad ogni processo/sottoprocesso/fase di processo vengono associati, selezionandoli dal catalogo o provvedendo ad un nuovo inserimento, uno o più rischi. Per ciascun rischio vengono inoltre indicati, selezionandoli dalla lista proposta o provvedendo ad un nuovo inserimento, i fattori abilitanti. La lista dei fattori abilitanti è stata formata sulla base delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA.

2.2 analisi dei rischi: viene effettuata con riferimento ad ogni rischio associato ad un determinato processo/sottoprocesso/fase di processo tramite la rilevazione di indici di probabilità ed impatto operata sulla base dei fattori definiti tenendo conto sia delle indicazioni contenute nell'allegato 5 del PNA, sia di quelle fornite nella determinazione ANAC di aggiornamento del medesimo, sia delle specificità del contesto di riferimento.

Particolare rilevanza assumono in questa fase i c.d. eventi sentinella noti, quali: sentenze pronunciate dalla Corte dei Conti negli ultimi 5 anni a carico di dipendenti; pronunce di risarcimento del danno nei confronti dell'ASL per la medesima tipologia di evento o tipologie analoghe; contenziosi e/o segnalazioni; procedimenti penali; provvedimenti e procedimenti disciplinari; esiti di controlli interni ed esterni; evidenza sui media.

Si riportano di seguito gli indici di probabilità e impatto e i fattori utilizzati per la valutazione con i punteggi associati a ciascuna risposta.

VALUTAZIONE DELLA RISCHIOSITA' DEL PROCESSO	
A. INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'	
Domanda A1: Discrezionalità	
Il processo è discrezionale?	
No, è del tutto vincolato	1
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari, procedure interne)	2
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari, procedure interne)	4
E' altamente discrezionale	5
Domanda A2: Rilevanza esterna	
Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?	
No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2
Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla P.A. di riferimento o ai dipendenti o al personale convenzionato	5

Domanda A3: Valore economico	
Qual è la rilevanza economica del processo?	
Ha rilevanza esclusivamente interna	1
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti interni o esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti)	3
Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti interni o esterni (es.: affidamento di appalto)	5
Domanda A4: Controlli	
Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?	
Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1
Sì, è molto efficace	2
Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3
Sì, ma solo in parte	4
No, il rischio rimane indifferente	5
Domanda A5: Precedenti	
Negli ultimi 5 anni ci sono stati procedimenti giudiziari/disciplinari, contestazioni, rilievi, segnalazioni o reclami con riferimento alla medesima tipologia di evento o a tipologia analoghe?	
Sì, sono stati avviati procedimenti da parte dell'Autorità giudiziaria penale e/o da parte della Corte dei Conti	5
Sì, sono stati avviati procedimenti in sede giudiziaria davanti al Giudice civile, al TAR o al Consiglio di Stato	4
Sì, sono stati avviati procedimenti disciplinari per irregolarità/violazioni che non hanno rilevanza penale e/o erariale	3
Sì, ci sono stati rilievi da parte di Organi di controllo, contestazioni, segnalazioni o reclami per irregolarità/violazioni prive di rilevanza penale e/o erariale e/o disciplinare	2
No, non ci sono stati o non sono noti dei precedenti	1
B. INDICI DI VALUZIONE DELL' IMPATTO	
Domanda B1: Impatto economico-patrimoniale ed extra-patrimoniale	
Quali conseguenze dannose determina il verificarsi dell'evento?	
Un pregiudizio economico per l'Azienda	1
Un pregiudizio economico per l'Azienda e/o l'utente/assistito	2
Un pregiudizio all'immagine dell'Azienda, solo o associato ad un pregiudizio economico	3
Un pregiudizio alla funzionalità ed efficienza dei servizi, solo o associato ad un pregiudizio economico e/o reputazionale	4
Un pregiudizio a beni/interessi fondamentali dei cittadini/utenti, quali la salute, la sicurezza, la privacy, la salvaguardia dell'ambiente e simili, solo o associato a un danno economico e/o reputazionale e/o funzionale	5
Domanda B2: Impatto organizzativo	
Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è coinvolta nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)	
Fino a circa il 20%	1

Fino a circa il 40%	2
Fino a circa il 60%	3
Fino a circa il 80%	4
Fino a circa il 100%	5
Domanda B3: Impatto reputazionale	
Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pubblicate/diffuse mediante stampa o altri mezzi di comunicazione notizie aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?	
No	1
Non ne abbiamo memoria	2
Sì, solo sulla stampa locale	3
Sì, sulla stampa e altri media (televisione, radio) a diffusione locale	4
Sì, sulla stampa e altri media (televisione, radio e internet) a diffusione locale e nazionale	5
Domanda B4: Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	
A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?	
A livello di addetto	1
A livello di collaboratore o funzionario	2
A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3
A livello di dirigente di ufficio generale	4
A livello di capo dipartimento/segretario generale oppure a tutti i livelli	5

Il sistema informatico effettua in automatico il calcolo del rischio finale mediante la seguente formula: $\text{Rischio} = \text{Media Impatti} * \text{Media Probabilità}$. L'attività svolta a livello decentrato da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è sottoposta alla validazione del RPC.

All'esito della sopra descritta attività è stato aggiornato il catalogo dei processi e il registro dei rischi specifici ed è stata realizzata la matrice della rischiosità dei processi, costruita secondo una logica non meramente matematica, ma secondo la sotto riportata matrice che attribuisce rilevanza, classificandoli come ad alto rischio, ai processi che presentano un indice di impatto "Superiore", indipendentemente dal valore dell'indice di probabilità, e ai processi che presentano un indice di probabilità "Molto Elevato", a prescindere dal valore dell'impatto, sul rilievo che la gravità delle conseguenze esige un alto livello di attenzione anche quando il realizzarsi dell'evento appaia in astratto poco probabile e che, per converso, si debbano presidiare anche i la cui pericolosità non è legata al verificarsi del singolo evento, bensì alla loro frequenza e potenziale diffusività.

MATRICE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO					
PROBABILITÀ IMPATTO	RIDOTTISSIMA (0-1)	RIDOTTA (1,01-2)	MEDIA (2,01-3)	ELEVATA (3,01-4)	MOLTA ELEVATA (4,01-5)
SUPERIORE (4,01-5)					
SERIO (3,01-4)					
SOGLIA (2,01-3)					
MINORE (1,01-2)					
MARGINALE (0-1)					

Rischio Alto
 Rischio Medio
 Rischio Basso

2.3 Ponderazione dei rischi

Il sistema informatico consente di aggregare le informazioni di rischio:

- per area, per permettere di identificare le aree maggiormente a rischio ed intervenire prioritariamente su di esse;
- per rischio: per permettere di conoscere i rischi più diffusi ed operare trasversalmente sui medesimi;
- per struttura organizzativa: per conoscere i punti di maggiore sensibilità organizzativa su cui porre particolare attenzione.

All'esito di tale ulteriore valutazione, anch'essa condotta con la sopra descritta procedura partecipativa, sono state definite le priorità di intervento nell'ambito della programmazione delle misure di prevenzione riportate nella **Tabella delle misure obbligatorie e ulteriori (Allegato 3)**.

3. Trattamento del rischio, consistente nell'implementazione delle misure esistenti o nell'individuazione di ulteriori misure finalizzate a neutralizzare o attenuare i rischi individuati. Le funzioni del sistema informatico consentono di associare ad ogni rischio identificato un insieme di misure selezionabili dal catalogo delle misure o inserite *ex novo*. Il sistema consente inoltre di distinguere le misure in essere, quelle programmate *ex novo* e quelle proposte dalle strutture titolari dei rischi.

A tal fine sono state prese in considerazione le proposte formulate dai soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio che hanno evidenziato la generale esigenza di consolidare le numerose misure, obbligatorie ed ulteriori, già poste in essere in attuazione dei precedenti Piani, anche in considerazione del processo di riorganizzazione in atto, all'esito del quale sarà possibile operare una valutazione maggiormente coerente circa la necessità di implementare le misure esistenti.

Le misure obbligatorie e ulteriori, con indicazione della tempistica e dei soggetti/strutture responsabili della loro attuazione, sono descritte nella Parte Speciale del Piano e sintetizzate nell'allegata **Tabella delle misure obbligatorie e ulteriori (Allegato 3)**. Per tutte le fasi è previsto l'aggiornamento annuale.

Il sopra descritto processo di gestione del rischio prevede la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, alle quali compete l'identificazione, descrizione e valutazione dei processi di propria pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Tutta l'attività svolta dalle strutture è soggetta alla validazione del RPC, che verifica la completezza dei dati inseriti e l'appropriatezza delle valutazioni effettuate e delle misure proposte, confrontandosi, nei casi dubbi, con i Referenti delle Macro-aree e con la Direzione Aziendale.

2.3.4.3 Aree a rischio

L'esito complessivo del processo di analisi e valutazione del rischio sopra descritto è riportato nel **Catalogo dei processi (Allegato 1)** che costituisce parte integrante della presente Sezione, ove sono individuate, oltre a quelle obbligatorie per legge, le ulteriori aree e processi risultati "sensibili" nell'ambito dell'ASL.

Tali attività, classificate per grado di rischio e per priorità di intervento, potranno essere integrate o meglio definite a seguito delle ulteriori attività di mappatura dei processi ed analisi dei rischi che verranno effettuate annualmente e ciclicamente.

Tali attività rientrano tra gli adempimenti dei Responsabili, dei Dirigenti e dipendenti delle strutture che gestiscono i processi aziendali.

2.3.4.4 Il monitoraggio e le azioni di risposta

Il ciclo di gestione del rischio si conclude e completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione definita nel Piano di prevenzione della corruzione e delle relative misure. Concorrono a garantire l'azione di monitoraggio, oltre al RPCT, i Referenti delle Macro-aree, limitatamente alle articolazioni ricomprese nell'area di rispettiva pertinenza, i Responsabili delle strutture aziendali, limitatamente ai processi gestiti dalle unità organizzative cui sono preposti, l'OIV, nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano e delle relative misure è stato definito un processo di monitoraggio e aggiornamento articolato su un triplice ordine di ambiti, le cui risultanze vengono riportate nella Relazione predisposta dal RPCT entro la scadenza stabilita dall'ANAC.

Nella sottostante tabella vengono riportati gli ambiti oggetto di monitoraggio e le rispettive attività in cui si sostanzia, con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità, delle cadenze e della data di scadenza:

Oggetto del monitoraggio	Attività	Soggetti coinvolti	Modalità/strumenti	Scadenza
Attuazione del ciclo di gestione del rischio	Controllo sullo stato di attuazione e avanzamento delle operazioni di mappatura, valutazione del rischio e aggiornamento dei cataloghi dei processi, dei rischi e delle misure.	RPCT Referenti delle Macro-aree Responsabili di struttura Referenti interni	Registrazione e visualizzazione in tempo reale delle operazioni di inserimento/aggiornamento o effettuate dalle strutture coinvolte nella gestione del rischio	Entro il 31 ottobre
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione e avanzamento delle misure	RPCT Referenti delle Macro-aree Responsabili di struttura Referenti interni	Autovalutazione tramite l'impiego dell'apposita funzionalità presente sulla procedura informatica	Entro il 31 ottobre
	Controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle strutture responsabili	RPCT Referenti delle Macro-aree Ufficio Qualità Servizio di Auditing	Verifiche documentali anche mediante Audit di conformità	Entro il 31 dicembre
Efficacia del Piano e delle Misure	Acquisizione di dati quantitativi e qualitativi, delle valutazioni, proposte e suggerimenti dei Referenti delle Macro-aree e dei Responsabili delle strutture	RPCT Referenti delle Macro-aree Responsabili di struttura UPD SCI Legale URP CUG	Compilazione e trasmissione di apposita scheda di monitoraggio da parte dei Referenti delle Macro-aree e dei Responsabili di struttura	Entro il 31 ottobre
			Predisposizione e trasmissione di report da parte dell'UPD, della SCI Legale, dell'URP, del CUG e delle strutture che operano nei settori a maggior rischio	Entro il 31 ottobre
	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte e rendicontazioni acquisite in sede di monitoraggio e di ogni altra informazione disponibile	RPCT	Predisposizione, trasmissione e pubblicazione della relazione annuale riportante l'esito del monitoraggio	Entro il termine stabilito dall'ANAC

In dettaglio:

- **Il monitoraggio sul ciclo di gestione del rischio** viene effettuato dal RPCT e dai Referenti delle Macro-aree con il supporto della procedura informatica che consente di verificare in tempo reale l'attuazione, da parte delle strutture titolari dei processi e relativi rischi, delle attività previste dalle varie fasi di gestione del rischio. In particolare, vengono monitorate tramite il sistema informatico le attività di mappatura dei processi, di aggiornamento/integrazione del catalogo dei processi e dei rischi, di aggiornamento annuale della valutazione dei rischi, le proposte di inserimento nel Piano di nuove misure di prevenzione o di modifica di quelle esistenti. La procedura informatica permette al RPCT e ai Referenti di Macro-area (per questi

ultimi, limitatamente alle strutture ricomprese nell'area di rispettiva pertinenza) di avere immediata evidenza di tutte le operazioni di inserimento/aggiornamento effettuate sul sistema dai referenti interni delle strutture abilitate nonché di vigilare sull'andamento e sullo stato di avanzamento delle varie fasi del ciclo di gestione del rischio attuato annualmente per la realizzazione delle nuove edizioni del Piano e di intervenire nei confronti delle strutture non allineate con le tempistiche programmate. A supporto del monitoraggio è stato attivato un collegamento tra la procedura informatica e il sistema di posta elettronica che consente di tracciare e storicizzare le comunicazioni intercorse tra i vari soggetti coinvolti nel processo (RPCT, Referenti delle Macro-aree, Referenti interni alle strutture, Responsabili delle strutture organizzative).

- **Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione:** si avvale dell'apposita funzionalità presente sul sistema informatico di gestione del rischio corruttivo che contempla tre diverse modalità di monitoraggio: 1) compilazione di una relazione auto valutativa per ciascuna misura/azione da parte delle strutture responsabili della loro attuazione; 2) indicazione numerica di avanzamento della misura/azione, eventualmente corredata da commento; 3) utilizzo di indicatori di controllo che consentono di rilevare la conformità o gli scostamenti tra quanto attuato rispetto ai valori target programmati. Anche questa funzionalità è supportata dal canale di comunicazione attivabile tramite il sistema informatico che consente la tracciabilità e storicizzazione delle mail intercorse tra i soggetti coinvolti.

Il sistema basato sull'autovalutazione è affiancato da un sistema di verifica sul campo mediante controlli a campione da parte dei Referenti delle Macro-aree e del Responsabile della prevenzione, che possono avvalersi, a tal fine, del supporto delle specifiche professionalità richieste dall'oggetto del controllo.

In un'ottica di impiego efficiente delle risorse, gli audit in materia di prevenzione della corruzione verranno effettuati preferibilmente in modalità integrata con la partecipazione e collaborazione delle altre strutture che eseguono audit in materie affini, quale l'Ufficio Qualità o l'istituendo Servizio di Auditing Interno. A fine 2018 questa Struttura ha aderito a una proposta del coordinamento Regionale degli RPCT per l'individuazione di Linee guida per l'implementazione degli audit; si sono tenute delle riunioni della apposita Commissione nei mesi di febbraio, marzo e aprile 2019; inoltre, il 27 maggio 2019 la Regione Piemonte in collaborazione con i RPCT delle ASR Piemontesi ha organizzato un incontro formativo dal titolo "Audit in ambito di Prevenzione della corruzione e trasparenza".

- **Il monitoraggio sull'efficacia del Piano e delle misure:** è svolto dal RPCT col coinvolgimento dei medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio che vi concorrono, quanto ai Responsabili delle singole strutture organizzative e Referenti delle Macro-aree di riferimento, mediante la compilazione delle specifiche schede di monitoraggio (del Piano e del Codice di comportamento) predisposte dal RPCT e volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte motivate di modifica/integrazione utili ai fini dell'aggiornamento dei documenti cui si riferiscono.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPCT dall'UPD, riportanti i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari; dalla SCI Legale, riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva; dall'URP, riportanti i dati

quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio; dal CUG, riportanti i dati relativi alle segnalazioni di azioni discriminatorie nei confronti dei Whistleblower.

Sulla base delle risultanze e delle valutazioni dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente disponibili, quali segnalazioni ricevute tramite la procedura di Whistleblowing o eventi sentinella comunicati dai Referenti delle Macro-aree o da altri soggetti e strutture destinatari degli obblighi informativi nei confronti del RPCT, quest'ultimo predispone la propria Relazione annuale, curandone la trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV, e la pubblicazione sul sito aziendale e sulla rete Intranet entro il termine stabilito dall'ANAC.

2.3.5 PARTE SPECIALE "A" - MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO

2.3.5.1 PARAGRAFO 1 - MISURE OBBLIGATORIE

2.3.5.1.1 Obblighi di trasparenza

La legge 190/2012 individua la trasparenza come una delle principali misure di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, giacché l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione favorisce forme diffuse di controllo sul corretto esercizio delle funzioni e sull'utilizzo delle risorse.

Il Direttore Generale, con deliberazione n. 363 del 28/10/2022, ha attribuito l'incarico di Responsabile della Trasparenza, che svolge le funzioni indicate dall'art. 43 del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., al Direttore della Struttura Complessa Affari Generali e Controlli Interni. La funzione di Responsabile della Trasparenza è stata svolta fino al 31/12/2020 dalla Dirigente Responsabile della S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità e poi fino al 31/10/2022 al Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Servizio Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali.

Nella redazione della Programmazione della trasparenza, il Responsabile della trasparenza, oltre ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicità previsti dal D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., recepisce gli eventuali ulteriori obblighi di trasparenza previsti nel PTPC ora parte del PIAO.

In conformità alle indicazioni contenute nella determinazione ANAC n. 831/2016 di aggiornamento del PNA, la **Programmazione della trasparenza**, ancorché rientrante nella responsabilità del Responsabile della Trasparenza, che ne cura la predisposizione e ne assicura l'attuazione attraverso i propri compiti di vigilanza, **costituisce parte integrante della presente Sezione di Prevenzione della Corruzione, nell'ambito del quale è inserita sotto forma di apposita Sezione**, alla quale si rinvia per il dettaglio della "politica di trasparenza"; adottata dall'ASL CN1 e delle misure intraprese in materia.

Il Responsabile aziendale per la trasparenza sovrintende al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, assicurando, insieme alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati.

I casi di mancato, ritardato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione, devono essere segnalati, dal Responsabile della trasparenza, alla Direzione Aziendale, al Responsabile della prevenzione, all'OIV, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, per le più gravi inadempienze, all'Ufficio di Disciplina dell'Azienda.

2.3.5.1.2 La Garanzia dell'Accesso Civico

Il D.Lgs. 97/2016 che ha modificato il D.Lgs. 33/2013 sul “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, ha affiancato all’accesso civico l’accesso civico generalizzato, facoltà a disposizione dei cittadini dal 27 dicembre 2016.

Nel corso del 2017 l’ASLCN1 è intervenuta sulle procedure per garantire l’accesso civico ampliandole e adattandole.

Dopo aver messo nei tempi, previsti dalla norma, a disposizione dell'utenza sul proprio sito internet la descrizione dei 2 istituti ed i moduli necessari per le istanze in materia, con la deliberazione n. 282 del 9 agosto 2017, ha adottato il proprio Regolamento, che pone ordine nel campo delle forme di "Accesso" nei suoi confronti, alle quali hanno diritto i cittadini e le Istituzioni pubbliche e private.

Sul sito aziendale web sono accessibili il Regolamento e i moduli:

- per l'Istanza di Accesso Civico, o Accesso Semplice
- per l'Istanza di Accesso Civico Generalizzato, o Accesso Generalizzato
- per la Richiesta di Riesame del Diniego di una o dell'altra Istanza di Accesso.

2.3.5.1.3 Codice di comportamento

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell’ASL CN1 è stato adottato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 515 del 20 dicembre 2013 e su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, all’esito della procedura di consultazione pubblica e previo parere favorevole del Nucleo di Valutazione in funzione di OIV, modificato il 31 gennaio 2017. Tale Codice è stato rivisto nel 2023 alla luce delle disposizioni del DPR 13 giugno 2023, n. 81, sottoposto alla procedura di consultazione pubblica, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti, pubblicato sul sito istituzionale e sulla intranet e diffuso mediante comunicati stampa e mail personali a tutti i dipendenti e al personale convenzionato, all’OIV, ai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, ai Comuni dell’ambito territoriale dell’ASLCN1, alle Associazioni di Volontariato e agli Organismi di tutela della Conferenza dei Servizi Aziendali di Partecipazione e dal momento che i suoi contenuti né costituiscono parte sostanziale e integrante della Sezione anticorruzione e trasparenza viene allegato e approvato con il presente Piano e pubblicato nella sezione “Anticorruzione” della rete Intranet e del sito web aziendale.

Il Codice aziendale, oltre a recepire in toto le regole di comportamento contenute nel Regolamento recante il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con D.P.R. 62/2013 e, s.m.i., come Codice generale, contiene ulteriori regole rispondenti alle specifiche esigenze del contesto, in cui è destinato ad operare.

Ai sensi della previsione di cui all’art. 2, c. 3, del Codice generale, gli obblighi di condotta contenuti in entrambi i Codici, non attengono solo ai dipendenti a tempo indeterminato o determinato, ma sono estesi alla Direzione Generale, ai componenti del Collegio Sindacale e dell’OIV e, in generale, a tutto il personale avente rapporti di lavoro con l’Azienda, ed in particolare alle seguenti categorie:

- a) Medici, Veterinari, Biologi, Chimici e Psicologi a rapporto convenzionale;
- b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;

- c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- d) Personale assunto con contratto di somministrazione;
- e) Borsisti, stagisti e tirocinanti.

Al fine di dare concreta operatività a tale previsione:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, a cura della SCI Gestione Risorse Umane, è inserita una clausola, che prevede l'impegno dell'interessato a rispettare le norme del Codice di comportamento aziendale, e contempla la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi ivi previsti;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture convenzionate/accreditate, a cura della Struttura competente alla gestione del procedimento, è inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nel Codice aziendale, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della *performance* e della conseguente corresponsione della retribuzione di risultato.

I Responsabili delle varie articolazioni strutture aziendali hanno il compito di promuovere, anche attraverso un'adeguata informazione, il rispetto delle regole comportamentali definite nei Codici e di vigilare sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore, secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e negoziali e dal regolamento aziendale e/o adottando ogni altra occorrente misura gestionale.

I dipendenti e i collaboratori hanno l'obbligo di segnalare al Responsabile della Struttura o al Responsabile della prevenzione della corruzione eventuali situazioni di illecito nell'Amministrazione, delle quali siano venuti a conoscenza.

Alle segnalazioni si applica la specifica procedura "Whistleblowing Policy", pubblicata sul sito aziendale.

Ai sensi dell'art. 15 del DPR 62/2013 e dell'art. 54, c. 6, del d.lgs. 165/2001, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento:

- ✓ i Dirigenti Responsabili di ciascuna Struttura;
- ✓ le Strutture di controllo interno;
- ✓ l'Ufficio per i procedimenti disciplinari.

In particolare le modifiche apportate al Codice di Comportamento si pongono in linea con il crescente fenomeno di digitalizzazione del lavoro e con quanto stabilito dall'art. 4, c. 2, del DL 30 aprile 2022, n. 36 (convertito, con modificazioni dalla L. 79/2022, recante "Ulteriori misure urgenti

per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR”), il quale ha disciplinato l'introduzione nel Codice di misure in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e dei social media. Infatti, il novellato Codice, oltre a porre modifiche agli articoli 12,13,15 e 17, introduce i nuovi **articoli 11-bis e 11-ter**, con i quali si inaspriscono le **sanzioni per un uso scorretto** dei social media da parte dei dipendenti pubblici nel momento in cui dovessero ledere all'immagine della Amministrazione di appartenenza, esprimendo opinioni o giudizi su eventi, cose o persone, riconducibili al proprio contesto lavorativo. Nel dettaglio i nuovi articoli 11-bis e 11-ter introducono maggiori regolamentazioni sull'utilizzo delle **tecnologie informatiche**, dei **social media** e dei **dispositivi elettronici personali**. Si precisa che al riguardo il Codice di comportamento dell'ASL CN1, nelle specifiche regole aziendali, all'art. 12, al fine di tutelare l'immagine dell'Azienda aveva già tenuto conto di detti aspetti.

L'ufficio per i procedimenti disciplinari, ai sensi dell'art. 16, comma 3, del DPR 62/2012 provvede altresì:

- all'aggiornamento del Codice di comportamento;
- a formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione dei Codici di comportamento, raccordandosi a tal fine col Responsabile della prevenzione;
- alla raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dall'art. 54 bis, nonché l'esame delle segnalazioni di violazione o di sospetto di violazione dei codici di comportamento.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione in collaborazione con l'UPD, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari e i Responsabili di ciascuna Struttura aziendale sono tenuti a svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione dei Codici di comportamento, provvedendo a tenere costantemente informato il Responsabile della prevenzione di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato nei confronti del trasgressore.

Entro il **31 ottobre di ogni anno**, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmette al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati:

- a) numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore;
- b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni;
- c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto.

Entro il **31 ottobre di ogni anno**, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari formula eventuali proposte di adeguamento del Codice aziendale e/o del Piano e formula proposte in merito alle iniziative formative ritenute maggiormente utili in relazione alle eventuali criticità riscontrate.

Dei Codici di comportamento, nazionale e aziendale, pubblicati sui siti internet e intranet aziendali, e l'aggiornamento va comunicato a tutto il personale interessato, a cura dell'Ufficio per i

procedimenti disciplinari, mediante invio di mail personali e/o mediante avvisi sulla intranet aziendale. I Responsabili delle articolazioni aziendali hanno il compito di informare il personale afferente la loro Struttura eventualmente non raggiungibile attraverso tali mezzi di comunicazione.

La S.C.I. Gestione Risorse Umane, all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro o dell'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere agli interessati, per avvenuta presa visione ed accettazione degli obblighi ivi previsti, copia dei Codici di comportamento.

2.3.5.1.4 Rotazione del Personale

Ai sensi dell'art. 16, comma 2, lett. I *quater*, del D.Lgs. 165/2001, nell'ipotesi di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare la sospensione dal servizio, in applicazione dell'ivi previsto obbligo di rotazione, nei confronti dell'incolpato vengono adottati i seguenti provvedimenti:

- per il personale dirigenziale, la revoca dell'incarico in essere e il conferimento di altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I *quater* e dell'art. 55 ter, comma 1, del D.Lgs. 165/2001;
- per il personale non dirigenziale, l'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma, lett. I *quater*, del D.Lgs. 165/2001.

Rientra nelle competenze del Responsabile della Struttura cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

La rotazione è esclusa, e si deve far luogo alla sospensione dal servizio, nelle ipotesi di reati di particolare gravità o qualora la permanenza in servizio dell'incolpato, in considerazione della natura dei fatti contestati, risulti pregiudizievole all'immagine dell'amministrazione o alla sicurezza degli utenti e dipendenti.

Al di fuori dell'ipotesi sopra considerata, nelle more dell'adozione degli atti che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione sistematica dell'istituto, si fa luogo, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni negoziali, alla rotazione del personale nell'ipotesi di eventi che, pur non integrando un'ipotesi di reato o un illecito disciplinare, siano sintomatici di una significativa criticità.

Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi della presente Sezione, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove non ancora adottate, le azioni, che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti, ed adottare misure di controllo compensative atte a prevenire il rischio di condotte corruttive.

In particolare, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, le attività di controllo ufficiale, compatibilmente con le risorse di personale disponibile, devono essere affidate ad almeno due dipendenti, abbinati secondo rotazione casuale e secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari della suddetta attività. Inoltre, per quanto concerne la programmazione delle attività di campionamento ufficiale è stato previsto un Sistema che garantisce la segretezza dei dati relativi ai destinatari, fino alla data di effettiva esecuzione, di

specifica competenza della S.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e della S.C. Igiene Alimenti di origine animale.

Infine, la Direzione del Dipartimento di Prevenzione, al fine di mitigare i potenziali rischi corruttivi, ha implementato il software di gestione delle pratiche edilizie SUAP (Sportello Unico Attività Produttive) e ambientali prevedendo un sistema di rotazione delle istanze con assegnazione casuale al personale individuato sui tre ambiti Cuneo, Mondovì, Fossano/Savigliano/Saluzzo. Il modulo relativo alle pratiche edilizie SUAP è entrato a regime a partire da febbraio 2019 mentre quello relativo alle pratiche ambientali è attivato a partire dal febbraio 2020.

Sebbene il settore sanitario ordinariamente presenti criticità, legate al carattere altamente specialistico ed infungibile di numerose professionalità, si è avviato a partire dal 2016 un processo di riorganizzazione per la realizzazione delle disposizioni dell'Atto Aziendale che ha consentito, fino al 2023, la prosecuzione dell'applicazione della misura della rotazione degli incarichi dirigenziali e della nuova attribuzione delle posizioni organizzative. Infatti, nel corso del 2023, a seguito dell'approvazione da parte della Giunta Regionale con D.G.R. n. 6-7419 del 04/09/2023 dell'8^a variante dell'Atto aziendale dell'ASLCN1, deliberata con provvedimento del Direttore Generale n. 129 del 03/03/2023 e integrata dalla deliberazione n. 184 del 22/05/2023. Nel corso del 2024, a seguito della cessazione dal servizio da parte di alcuni Dirigenti, vi sono stati vari avvicendamenti sia nell'ambito dei Dipartimenti, sia nel novero dei Direttori/Responsabili di Struttura, favorendo pertanto la rotazione dei dirigenti. .

Comunque, nel periodo di validità del presente Piano si provvederà a definire, nel rispetto delle procedure di consultazione delle Organizzazioni Sindacali e alla luce delle indicazioni contenute nel PNA, e fatta salva l'adozione di altre misure compensative, i criteri generali ed oggettivi e le modalità di applicazione in via ordinaria del principio della rotazione, tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, anche attraverso la previsione di adeguati percorsi formativi e di forme di affiancamento, per consentire al personale coinvolto nella rotazione di acquisire le adeguate competenze.

I Responsabili delle articolazioni aziendali, possono regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie Strutture nell'ambito delle loro ordinarie prerogative gestionali della qualifica e del profilo professionale e dei limiti stabiliti dai CC.NN.LL..

I Responsabili delle Strutture interessate trasmettono al Responsabile della prevenzione, entro il **31 ottobre di ogni anno**, una relazione in merito all'attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni, che ostano alla sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso.

2.3.5.1.5 Obbligo di astensione

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 *bis* nella L. n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 dei Codici di comportamento nazionale e aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità stabilite nel citato art. 7 del Codice di comportamento aziendale.

Il soggetto destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico

oppure motivando espressamente le ragioni, che gli consentono comunque l'espletamento dell'attività.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso deve essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura avoca a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

I Responsabili delle articolazioni aziendali devono provvedere a trasmettere tempestivamente le segnalazioni di astensione ricevute dal personale afferente la propria struttura al Responsabile della corruzione, che cura la tenuta del relativo registro.

2.3.5.1.6 Attività e incarichi extra-istituzionali

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale Dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL CN1 è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. e dalle altre norme di legge ivi richiamate e delle prescrizioni stabilite nel *"Regolamento in materia di svolgimento di attività' extra-istituzionali da parte del personale dipendente e anagrafe delle prestazioni"*, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1187/2009 e ss.mm.ii di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 34 del 30.01.2014, modificato ed integrato con Deliberazione del Direttore Generale n. 170 del 11 marzo 2021, reperibile nella sezione "Anticorruzione" dell'intranet e del sito web aziendale.

Nel rinviare alla disciplina contenuta nel citato Regolamento per quanto concerne condizioni, limiti e procedure da seguire per ottenere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali, si evidenzia che, alla stregua delle modifiche apportate dalla Legge 190/2012:

- i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente al Servizio Ispettivo anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione allegato al regolamento aziendale;
- i Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere/nulla osta di competenza secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di **conflitto di interessi, anche solo potenziale**, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio del provvedimento, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva;
- l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebitamente percettore.

Nel 2024 è stato adottato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 242 del 24.06.2024, un ulteriore Regolamento per le attività esterne del Personale delle Professioni Sanitarie, ai sensi dell'art. 3 *quater* del D.L. n. 127/2021, convertito dalla L. 165/2021, come modificato dall'art. 13 D.L. n. 34/2023, successivamente convertito con modifiche dalla L. n. 56/2023 e tenuto conto del

Documento redatto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, emanato in data 12 luglio 2023.

Con tale Regolamento l'Azienda definisce i **criteri** e i **limiti al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria esterna** all'ASL CN1, da parte del Personale appartenente alle Professioni sanitarie del comparto sanità, in deroga al vincolo di esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale, sancito all'art. 4, comma 7 Legge n. 412/1991²², e alle incompatibilità disposte dall'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. - Testo unico del Pubblico impiego²³.

Le disposizioni contenute in questo nuovo Regolamento si affiancano a quelle del sopra citato *"Regolamento in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente dell'Asl CN1"* e fanno rinvio per tutto quanto non previsto in quest'ultimo. Infine, sia il Regolamento che i relativi moduli per la presentazione delle istanze, comprese quelle per i pareri preventivi ed i nulla osta necessari, sono a disposizione dei dipendenti dell'ASL sulla Intranet aziendale.

2.3.5.1.7 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni

Con il D.Lgs. 39/2013 e s.m.i. il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La CIVIT, con delibera n. 58/2013 precisava che la disciplina dettata dal citato Decreto Legislativo era applicabile anche agli incarichi di direzione di struttura nelle Aziende del Servizio Sanitario, con esclusione delle sole strutture semplici inserite in altre strutture e prive di qualsiasi autonomia gestionale e amministrativa.

Con orientamento n. 85/2014, l'ANAC, conformandosi alla pronuncia del Consiglio di Stato, sez. III, n. 5583 del 12 novembre 2014, ha tuttavia stabilito che:

"Non sussiste l'incompatibilità di cui all'art. 14, comma 2, lett. b) D.Lgs. n. 39/2013 tra l'incarico di direttore medico di struttura complessa di un'azienda sanitaria locale e la carica di consigliere comunale di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra

²² Art. 4, co. 7 L. n. 412/1991 – Esclusività di rapporto di pubblico impiego con il S.S.N. "Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento delle incompatibilità compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della unità sanitaria locale al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. [...]"

²³ Art. 53 d.lgs. n. 165/2001 – Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi

"1. Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità dettata dagli articoli 60 e seguenti del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3 [...]"

5. In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero **da società o persone fisiche, che svolgano attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente."**

Art. 60 DPR n. 3/1957 – Casi di incompatibilità

"L'impiegato non può esercitare il commercio, l'industria, né alcuna professione o assumere impieghi alle dipendenze di privati o accettare cariche in società costituite a fine di lucro, tranne che si tratti di cariche in società o enti per le quali la nomina è riservata allo Stato e sia all'uopo intervenuta l'autorizzazione del ministro competente."

comuni avente la medesima popolazione della medesima regione, in quanto la suddetta disposizione si applica ai soli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario delle aziende sanitarie locali (Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 12 novembre 2014, n. 5583)”.

Con successiva delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, l’ANAC, ha confermato tale ultimo orientamento, ribadendo che:

“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39”.

Alla luce di quanto sopra, l’ASL provvede a verificare l’insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario, atteso che l’incarico di Direttore Generale viene conferito dall’amministrazione regionale.

Costituiscono ipotesi di inconferibilità quelle previste dagli art. 3, 5 e 8 del d.lgs. 39/2013, ai sensi dei quali, gli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario non possono essere conferiti:

- ✓ a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, lett. e);
- ✓ a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (art. 5);
- ✓ a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL (art. 8, comma 1);
- ✓ a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale (art. 8, comma 2);
- ✓ a coloro che, nell'anno precedente, abbiano esercitato la funzione di parlamentare (art. 8, comma 3);
- ✓ a coloro che, nei tre anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (art. 8, comma 4);
- ✓ a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL (art. 8, comma 5).

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 D.Lgs. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non siano note all'Amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, può essere rimosso dall'incarico, qualora l'inconferibilità sia accertata.

Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità quelle previste dagli artt. 10 e 14 del D.Lgs. 39/2013, ai sensi dei quali, gli incarichi di Direttore Generale, di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario sono incompatibili:

- ✓ con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale e con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale (art. 10, comma 1);
- ✓ l'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2);
- ✓ con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, Sottosegretario di Stato e Commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare (art. 14, comma 1);
- ✓ con la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione interessata ovvero con la carica di Amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale art. 14, comma 2, lett. a);
- ✓ con la carica di componente del Consiglio di una Provincia, di un Comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione (art. 14, comma 2, lett. b.);
- ✓ con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (art. 14, comma 2, lett. c).

In merito alle incompatibilità riferite specificatamente al settore sanitario, la Conferenza Unificata, nell'intesa del 24 luglio 2013, ha stabilito che la locuzione "incarico professionale" di cui all'art. 10, comma 2, del d.lgs. 39/2013 non si riferisce alle tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata.

Ai sensi della suddetta Intesa 24 luglio 2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consentono di superare l'incompatibilità.

Al di fuori di tale ipotesi, le cause di incompatibilità possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro.

Qualora nel corso del rapporto venga riscontrata una causa di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato che, previo contraddittorio, deve provvedere a rimuovere la causa ostativa entro 15 giorni a pena di decadenza dall'incarico e di risoluzione del relativo contratto (art. 19 D. Lgs. 39/2013).

Con riferimento ad entrambe le fattispecie, gli interessati sono tenuti ad attestare l'insussistenza della causa ostativa mediante dichiarazione, da effettuare ai sensi dell'art. 20 del citato D.Lgs. 39/2013:

- ✓ **all'atto del conferimento dell'incarico;**
- ✓ **con cadenza annuale, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico, e tempestivamente, su richiesta del Responsabile della Prevenzione della corruzione, nel corso del rapporto.**

L'insorgenza di una causa di incompatibilità o l'intervenuta pronuncia di una sentenza di condanna, anche non passata in giudicato, per delitti contro la Pubblica Amministrazione, deve essere tempestivamente comunicata al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Gli atti di conferimento:

Devono espressamente prevedere che la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013 costituisce condizione di efficacia dell'incarico e che la violazione dell'obbligo della dichiarazione che l'interessato è tenuto a rendere annualmente o tempestivamente, su richiesta o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la decadenza dall'incarico.

La Struttura Complessa Affari Generali e Controlli Interni - Settore Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali provvede all'acquisizione delle dichiarazioni, alla loro pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'ASL e alla loro contestuale trasmissione all'Ufficio del Responsabile della Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

Avvalendosi della collaborazione del Servizio Ispettivo dell'ASL, provvede ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, sulla base delle informazioni accessibili al Servizio;

ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 39/2013, segnala i possibili casi di violazione delle disposizioni del decreto medesimo all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 215/2005 e ss.mm.ii., nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni.

2.3.5.1.8 Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza

Ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del Decreto Legge 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, come modificato dall'articolo 6 del Decreto Legge 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014, è vietato il conferimento, da parte delle amministrazioni pubbliche a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza, degli incarichi:

- di studio e di consulenza;
- dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle amministrazioni pubbliche e degli enti e società da esse controllati.

2.3.5.1.9 Incarichi vietati

Il divieto si estende a qualsiasi lavoratore collocato in quiescenza, indipendentemente dalla natura del precedente datore di lavoro e del soggetto che corrisponde il trattamento di quiescenza. Tra gli incarichi vietati rientrano tutti gli incarichi dirigenziali, compresi quelli di cui all'art. 19, comma 6, del d.lgs. 165/2001 e da disposizioni analoghe. Tra gli incarichi direttivi, rientrano nel divieto tutti quelli che implicano la direzione di uffici e la gestione di risorse, quali quelli di direttore scientifico o sanitario. Tra le cariche in organi di governo di amministrazioni e di enti e società controllate, fatte salve le ulteriori specifiche esclusioni previste da altre norme di legge, rientrano quelle che comportano effettivamente poteri di governo, quali quelle di presidente, amministratore o componente del consiglio di amministrazione, indipendentemente dalla qualifica in virtù della quale il soggetto in quiescenza sia stato nominato (es. in qualità di esperto o rappresentante di una determinata categoria).

Il divieto opera anche nel caso in cui la nomina sia stata preceduta dalla designazione da parte di un soggetto diverso dall'amministrazione nominante.

Gli incarichi di studio e consulenza sono quelli che presuppongono competenze specialistiche e rientrano nelle ipotesi di contratto d'opera intellettuale di cui agli artt. 2229 e seguenti del codice civile.

I divieti introdotti dall'art. 6 del D.L. 90/2014 operano indipendentemente dalla fonte del finanziamento con la quale gli interessati sono retribuiti.

2.3.5.1.10 Incarichi consentiti

Tra le ipotesi che non rientrano nei divieti introdotti dall'art. 6 del D.L. 90/2014, la circolare n. 6/2014 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, indica:

- ✓ gli incarichi che non comportino l'esercizio di funzioni dirigenziali o direttive e che abbiano oggetto diverso da quello di studio o consulenza;
- ✓ gli incarichi professionali, quali quelli inerenti ad attività legale o sanitaria, non aventi carattere di studio o consulenza;
- ✓ incarichi di ricerca conferiti sulla base di un programma preventivamente definito dall'amministrazione, fermo restando i limiti posti da altre disposizioni e, in particolare, dall'art. 25 della legge 724/1994;
- ✓ gli incarichi di docenza, in cui l'impegno didattico sia definito con precisione e il compenso sia commisurato all'attività didattica effettivamente svolta;
- ✓ gli incarichi nelle commissioni di concorso e di gara;
- ✓ la partecipazione ad organi collegiali consultivi, a commissioni consultive e comitati scientifici o tecnici che non dia di fatto luogo a incarichi di studio o consulenza o equiparabili a incarichi direttivi o dirigenziali;

- ✓ gli incarichi in organi di controllo, quali i collegi sindacali e i comitati dei revisori, purché non abbiano natura dirigenziale.

2.3.5.1.11 Incarichi gratuiti

Incarichi e collaborazioni ai soggetti, pubblici e privati, collocati in quiescenza sono consentiti esclusivamente a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno, non prorogabile né rinnovabile, presso ciascuna amministrazione.

Eventuali rimborsi di spese devono essere rendicontati e corrisposti nei limiti fissati dal competente organo dell'amministrazione.

La disciplina è applicabile anche agli incarichi a soggetti in quiescenza già conferiti a titolo gratuito, per i quali valgono le nuove disposizioni relative alla durata massima e al rimborso delle spese.

➤ Le strutture competenti all'adozione degli atti di conferimento degli incarichi appartenenti alle tipologie previste dal novellato art. 5, comma 6, del D.L. 95/2012 verificano l'insussistenza della situazione ostativa ivi prevista, dandone espressamente atto nel provvedimento conclusivo;

➤ gli atti/provvedimenti di conferimento di incarichi a titolo gratuito rientranti nella previsione del citato art. 5, comma 6, D.L. 95/2012, come novellato dal D.L. 90/2014, devono contenere espressa motivazione delle ragioni di convenienza e della rispondenza agli interessi dell'amministrazione del conferimento stesso, l'indicazione del termine annuale, non prorogabile né rinnovabile, della loro durata e limitazione degli eventuali rimborsi alle sole spese documentate.

2.3.5.1.12 Attività successiva allo svolgimento del rapporto di lavoro (Pantouflage - Revolving doors)

La legge 190/2012, ha introdotto nell'ambito dell'art. 53 del D.lgs 165/2001, il comma 16 *ter*, ai sensi del quale, *"I dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal precedente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti"*.

Destinatari del divieto sono tutti i dipendenti che per il ruolo o la posizione ricoperti nell'ASL hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 36, comma 2, del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.).

Tali soggetti, **nel triennio successivo alla cessazione del rapporto** con l'Azienda, qualunque sia la causa di cessazione, e, quindi, anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o

subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dal dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali.

L'art. 21 del D.Lgs. n. 39/2013 ha ampliato la platea dei destinatari del divieto, disponendo che, *“ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n.165/2001, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico”*

La violazione del divieto comporta l'applicazione delle seguenti sanzioni:

- ✓ **sanzioni sull'atto:** nullità dei contratti di lavoro conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto;
- ✓ **sanzioni nei confronti dei trasgressori:** i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono avere rapporti contrattuali con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti ed accettati in esecuzione dell'affidamento illegittimo. Pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso in caso di violazione.

Con riferimento a tale condizione ostativa, i Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* assicurano che:

- per il personale dipendente in tutti i [contratti di assunzione](#) e di [affidamento degli incarichi](#) e nelle [comunicazioni di recesso volontario](#) nonché nel [provvedimento di presa d'atto del recesso](#) da parte dell'Azienda è inserita la clausola, che prevede il divieto di prestare attività lavorativa, a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo, per i tre anni successivi alla data di cessazione del rapporto di lavoro con l'ASL CN1, presso i soggetti privati destinatari, nell'ultimo triennio di servizio, dell'attività comprendente l'esercizio di poteri autoritativi e negoziali svolta dal dipendente; la stessa clausola è inserita nei contratti di incarico e negli atti relativi al recesso dei soggetti equiparati ai dipendenti, ai sensi dell'art. 21 del citato D.Lgs. 39/2013;
- nei [bandi di gara](#) e negli [atti prodromici agli affidamenti](#), anche mediante procedura negoziata, è inserita, a pena di esclusione dalla procedura, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto, ad ex dipendenti dell'ASL CN1 o soggetti equiparati ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 39/2013, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego.
- la medesima clausola è inserita negli [atti di affidamento diretto](#) della fornitura di beni e servizi e negli [atti di convenzionamento](#) con strutture private.

Qualora emerga la violazione del divieto, il Responsabile del procedimento dispone l'esclusione dalla procedura di affidamento del partecipante/offidente, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Il Servizio Legale adotta le dovute iniziative a tutela dell'ASL CN1 anche nei confronti dell'ex dipendente o del soggetto equiparato ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 39/2013 resosi responsabile della violazione dell'obbligo, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

2.3.5.1.13 Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale

In conformità a quanto previsto dagli artt. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 *“Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni di ufficio”*, introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge 190/2012, e 3 del D.Lgs. 39/2013, **coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:**

- a) *non possono fare parte*, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) *non possono essere assegnati*, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) *non possono far parte delle commissioni* per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

Come precisato nel Piano Nazionale Anticorruzione, la preclusione opera in presenza di una sentenza di condanna, per tale dovendosi intendere, ai fini della disciplina in esame, anche la sentenza di patteggiamento per delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora irrevocabile, vale a dire non è ancora passata in giudicato. Rilevano, pertanto, anche le sentenze pronunciate in primo grado e in appello per le quali non siano ancora decorsi i termini per proporre l'impugnativa.

La specifica preclusione di cui alla lett. b) dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 riguarda sia l'attribuzione dell'incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma ricomprende non solo i dirigenti, ma anche i funzionari e i collaboratori che svolgono funzioni dirigenziali o che siano titolari di posizioni organizzative.

In virtù della previsione del comma 2 del cit. art. 35 bis, l'assenza delle condizioni ostative previste nel primo comma della norma costituisce un **requisito per la formazione di commissione e la nomina dei segretari** immediatamente e direttamente applicabile e, pertanto, l'assenza di tale requisito si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

La situazione impeditiva viene meno ove, per il medesimo reato, venga pronunciata una sentenza di assoluzione, anche non definitiva.

- Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi, il Direttore della SCI Gestione Risorse Umane assicura l'inserimento di una clausola in virtù della quale la sussistenza di precedenti penali,

anche non definitivi, per delitti contro la pubblica amministrazione costituisce condizione ostativa al conferimento dell'incarico.

➤ Le Strutture competenti *ratione materiae* all'adozione del provvedimento verificano l'insussistenza di precedenti penali mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante autocertificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013:

- a) all'atto della formazione delle Commissioni per l'affidamento di commesse o di Commissioni di concorso;
- b) all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

➤ Sulle autocertificazioni acquisite, le Strutture provvedono ad effettuare dei controlli a campione o, in caso di ragionevole dubbio, mirati, ai sensi del DPR 445/2000 e delle Linee guida aziendali.

Qualora, all'esito della verifica, risultino a carico del personale interessato, dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione:

- a) non si dà corso all'assegnazione dell'ufficio;
- b) si dà corso all'applicazione delle misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. 39/2013;
- c) sarà in facoltà dell'ASL procedere all'assegnazione all'ufficio nei confronti di altro soggetto.

➤ Il Responsabile della struttura che ha accertato la sussistenza della condizione ostativa deve darne tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione, indicando i provvedimenti adottati.

➤ Nell'ipotesi in cui la situazione di inconferibilità si appalesi nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, se accertata l'incompatibilità è rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

➤ I Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* curano l'adeguamento alla citata disciplina dei regolamenti in materia di formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

➤ I Responsabili delle Strutture interessate trasmettono, entro il **31 ottobre di ogni anno**, al Responsabile della prevenzione una relazione dettagliata riportante i dati sul numero di autocertificazioni acquisite e controllate, l'esito dei controlli e i provvedimenti adottati in caso di riscontrata sussistenza della causa ostativa o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato.

2.3.5.1.14 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha introdotto, nell'ambito del D.Lgs. 165/2001, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" (c.d. whistleblower), il disposto era stato completato dalla L. 179/2017 e da ultimo completamente novellato dal Decreto Legislativo n. 24 del 10 marzo 2023. Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso

presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito e, più in generale, di condotte riprovevoli nell'ambito delle Amministrazioni Pubbliche.

L'ASL CN1, in considerazione dell'importanza della misura ai fini della prevenzione dell'illegalità, aveva tempestivamente attivato un canale differenziato e riservato per la ricezione delle segnalazioni, mediante l'istituzione di un apposito Account di posta elettronica denominato "whistleblowing@aslcn1" che i dipendenti potevano utilizzare per effettuare le segnalazioni.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 23/01/2014 era stata, inoltre, adottata una specifica procedura denominata "Whistleblowing Policy", pubblicata nella sezione "Anticorruzione" dei siti internet e intranet, nella quale erano disciplinate le modalità per effettuare la segnalazione, i soggetti destinatari, le forme di tutela e le responsabilità del Whistleblower.

Alla luce delle nuove prescrizioni dettate dal Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 in materia di *Whistleblowing* e riservatezza attuativo della *"Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali"*, nel corso del 2023 l'ASL CN1 ha attivato un nuovo **portale di "Whistleblowing"**, predisposto e pubblicato sul sito istituzionale, la relativa Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità - "Whistleblowing Policy" con la necessaria Informativa al segnalante.

In particolare, sono legittimate ad effettuare la segnalazione le persone che operano nel contesto lavorativo dell'ASL in qualità di:

- a) dipendenti che prestano la propria attività presso i Servizi dell'Azienda;
 - b) lavoratori autonomi, collaboratori, liberi professionisti, consulenti e tirocinanti che prestano la propria attività presso l'ASL;
 - c) le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza presso l'ASL;
 - d) i lavoratori o i collaboratori che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'ASL.
- Il segnalante deve essere necessariamente una persona fisica. Non sono prese in considerazione le segnalazioni presentate da altri soggetti, ivi inclusi i rappresentanti di organizzazioni sindacali, salvo che agiscano in nome e per conto proprio e non per conto dell'organizzazione di appartenenza.

Fermo restando la disciplina contenuta nella citata procedura, e fatte salve le ipotesi in cui l'anonimato non può essere opposto per legge, è vietato a chiunque nell'ambito dell'ASL riceva o venga comunque a conoscenza di una segnalazione, rivelare le generalità del segnalante senza il suo consenso espresso. La violazione del divieto è fonte di responsabilità disciplinare e, sussistendone i presupposti, penale.

Nei confronti del Whistleblower non è consentita né tollerata da parte dell'Azienda alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione, per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, deve darne notizia circostanziata al Responsabile della prevenzione.

Per espressa previsione dell'art. 54 del d.lgs. 165/2001, alla quale è stato conformato il Regolamento aziendale in materia di accesso ai documenti amministrativi, la segnalazione del Whistleblower è

sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii.

In conformità a quanto previsto dalla specifica procedura, al Comitato Unico di Garanzia della CN1 è stata data la funzione di segnalare tempestivamente al RPC eventuali azioni discriminatorie nei confronti del Whistleblower, delle quali sia venuto a conoscenza nell'esercizio delle sue funzioni.

2.3.5.1.15 Procedure per la selezione del personale

Compatibilmente con le previsioni normative e negoziali tempo per tempo vigenti, nelle procedure di selezione del personale deve formare oggetto di specifica valutazione dell'idoneità dei candidati la conoscenza dei principi e delle norme fondamentali in materia di etica, integrità e legalità, dei doveri e delle responsabilità dei pubblici funzionari e degli incaricati di pubblico servizio e del personale operante presso le pubbliche amministrazioni, nonché dei doveri previsti dai codici di comportamento e delle sanzioni applicabili in caso di violazione.

Per i neo-assunti, ai fini del positivo superamento del periodo di prova, costituisce elemento rilevante il rispetto degli obblighi previsti dai Codici di comportamento e delle prescrizioni contenute nella presente Sezione del PIAO, nonché delle disposizioni e procedure aziendali.

Il personale di nuova assegnazione presso una struttura deve essere adeguatamente formato, anche prevedendo un eventuale periodo di affiancamento, e informato dal Responsabile della struttura su obblighi di comportamento e regole previsti dai Codici di comportamento e dalla presente Sezione e sulle conseguenze della loro violazione.

2.3.5.1.16 Formazione

L'Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano di prevenzione della corruzione e del Codice di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

L'ASL CN1 adotta annualmente il programma di formazione dei dipendenti nell'ambito del quale è individuata, a decorrere dal 2014, la formazione prevista dalla normativa anticorruzione articolata su due livelli essenziali:

- a. un **livello generale**, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- b. un **livello specifico**, rivolto al Responsabile della prevenzione della corruzione, al Responsabile della Trasparenza, ai Referenti, Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e alle altre figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione, avente ad oggetto le politiche, i programmi ed i vari strumenti, tecniche e metodologie utilizzati per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Gli interventi formativi destinati al Responsabile della prevenzione e ai Referenti, verteranno, oltre che sugli aggiornamenti in materia di normativa e regolamentazione in tema di anticorruzione,

anche sull'integrazione di approcci diversi, strumenti e metodologie complesse (mix di approcci comportamentali e valoriali) e sulle tecniche di risk management.

L'attività formativa di livello generale sarà rivolta a tutti i dipendenti e potrà mirare all'aggiornamento delle competenze e alla cultura dell'etica e della legalità.

La formazione generale, dovrà, inoltre, prevedere approfondimento delle disposizioni e discipline rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione e, in particolare, deve avere ad oggetto le seguenti materie:

- ✓ normativa in materia di prevenzione della corruzione, contenuti e finalità del Piano Nazionale Anticorruzione e del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ✓ etica e legalità;
- ✓ reati contro la pubblica amministrazione;
- ✓ Codici di comportamento e disciplinari, conflitto di interesse e obbligo di astensione e conseguenti sanzioni in caso di violazione, segnalazione di illeciti;
- ✓ conferimento e autorizzazione all'esercizio di incarichi extra-istituzionali.

Per diffondere il senso dell'etica e promuovere la cultura della legalità e per accrescere le competenze sui vari temi concernenti l'integrità e la prevenzione della corruzione, potranno essere organizzati interventi di didattica frontale, seminari, laboratori didattici, percorsi di affiancamento *on the job*, *webinar*, *focus group*, guidati da esperti, per far sì che dall'incontro di dipendenti di diversa estrazione possano emergere, nel corso dell'esame di casi concreti riferiti al contesto di vita dell'amministrazione, i comportamenti eticamente corretti.

La formazione generale, sia essa di approccio valoriale che contenutistico, è affidata ad esperti di comprovata esperienza nella formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della promozione della cultura dell'integrità, della legalità e della trasparenza.

I Responsabili delle strutture aziendali, entro il **31 ottobre di ogni anno**, propongono al Responsabile per la Prevenzione il programma annuale di formazione del personale della propria struttura e i dipendenti da inserire nel medesimo.

Sulla base di tali proposte, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, sentiti i Referenti, definisce annualmente i fabbisogni formativi e seleziona i dipendenti da inserire nei programmi della formazione obbligatoria sulla base dei criteri di priorità stabiliti nel presente Piano e pubblica sulla *intranet* aziendale i nominativi dei dipendenti che hanno partecipato ai percorsi formativi.

La selezione del personale destinatario della formazione, fatte salve motivate specifiche esigenze, viene operata sulla base dei seguenti criteri di priorità:

- a) ruolo svolto nell'ambito del processo di gestione del rischio;
- b) grado di rischio dell'attività svolta;
- c) livello di responsabilità riconnesso all'incarico o alla posizione ricoperti;
- d) assenza o minor livello di formazione, a parità degli altri requisiti.

A prescindere dai sopra esposti criteri, deve essere data priorità ai neo-assunti e al personale coinvolto nei processi di rotazione.

Il Responsabile della S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità cura la predisposizione del programma annuale di formazione in materia di anticorruzione e la sua pubblicazione sulla *intranet* aziendale, l'attivazione e l'organizzazione dei corsi nel rispetto dei tempi programmati, la verifica dell'effettiva partecipazione del personale selezionato ai corsi, la rilevazione e il monitoraggio del percorso formativo.

Nell'ambito dei corsi dovranno essere somministrati ai partecipanti questionari per rilevare il livello di apprendimento, le priorità rispetto ad ulteriori esigenze formative e il grado di soddisfazione dei percorsi avviati con l'indicazione di eventuali suggerimenti e correttivi da attuare.

Il Responsabile della S.S. Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità, entro il **30 novembre di ogni anno**, comunica al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione i dati relativi alla formazione erogata nell'anno di riferimento in materia di anticorruzione, con indicazione del numero dei dipendenti formati suddiviso per struttura di appartenenza, della quantità, in termini di giornate/ore, di formazione erogata, dei soggetti erogatori e della tipologia e contenuti della formazione.

La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria e l'inosservanza dell'obbligo è sanzionabile come violazione degli obblighi stabiliti dalla presente Sezione del PIAO.

Fatte salve ulteriori integrazioni o eventuali modificazioni, per l'anno 2025 sono state inserite nel Programma annuale di formazione le seguenti iniziative.

ANTICORRUZIONE E TRAPARENZA: 10 LEZIONI SULL'ETICA PUBBLICA			
DIPARTIMENTO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA (STRUTTURE IN LINE)		B 74
	SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI		
Bisogno Formativo	Aziendale		PF241825
Finalità pianificata	Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti		
Obiettivo di interesse nazionale:	17	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acqui	
Obiettivo di riferimento regionale:	6	area giuridico - normativa	
Obiettivo Dossier Formativo:	OBIETTIVI DI SISTEMA		
Tipologia formativa	Formazione A Distanza (minimo 2 ore)		
N° Edizioni previste	20	N° ore per edizione	4
		N° partecipanti per edizione	150
Inizio erogazione:	1 Trimestre	Progettista	BONARDO Silvio
Professioni coinvolte	Sede		
TUTTE LE PROFESSIONI	PIATTAFORMA FAD		

GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI IN AMBITO SANITARIO

DIPARTIMENTO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA (STRUTTURE IN LINE)		B	75
	SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI			
Bisogno Formativo	Aziendale		PF241825	
Finalità pianificata	Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti			
Obiettivo di interesse nazionale:	17	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acqui		
Obiettivo di riferimento regionale:	6	area giuridico - normativa		
Obiettivo Dossier Formativo:	OBIETTIVI DI SISTEMA			
Tipologia formativa	Formazione A Distanza (minimo 2 ore)			
N° Edizioni previste	5	N° ore per edizione	5	N° partecipanti per edizione 100
Inizio erogazione:	1 Trimestre		Progettista	BONARDO Silvio
Professioni coinvolte			Sede	
TUTTE LE PROFESSIONI			PIATTAFORMA FAD	

IL CONFLITTO DI INTERESSI NELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO, VIGILANZA, ISPEZIONE, SANZIONE NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA (STRUTTURE IN LINE)		B	76
	SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI			
Bisogno Formativo	Aziendale		PF241825	
Finalità pianificata	Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti			
Obiettivo di interesse nazionale:	17	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acqui		
Obiettivo di riferimento regionale:	6	area giuridico - normativa		
Obiettivo Dossier Formativo:	OBIETTIVI DI SISTEMA			
Tipologia formativa	Formazione A Distanza (minimo 2 ore)			
N° Edizioni previste	1	N° ore per edizione	5	N° partecipanti per edizione 100
Inizio erogazione:	1 Trimestre		Progettista	BONARDO Silvio
Professioni coinvolte			Sede	
TUTTE LE PROFESSIONI			PIATTAFORMA FAD	

2.3.5.1.17 Patti di integrità

Per “Patto di Integrità” si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l’espreso impegno anti-corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente

che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Si tratta di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'ASL CN1 con deliberazione n. 528 del 24/12/2013 ha adottato un primo Patto di integrità pubblicato nella sezione "Anticorruzione" dei siti internet e intranet.

Nel corso del 2014, la S.C. Servizio Tecnico, ha elaborato un ulteriore "Patto di integrità" per lo specifico settore degli affidamenti di sua competenza.

Nel marzo del 2021 la S.C. Servizio Tecnico e la S.S. Acquisti hanno integrato ed aggiornato, i rispettivi Patti d'integrità di acquisto di beni e servizi e di affidamento di lavori, approvati dal Servizio Qualità aziendale e allegati al PTPCT 2021-2023 e rivisti nel 2024 ai sensi delle nuove disposizioni in materia di contratti pubblici.

I Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure, devono assicurare l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara.

Detti Responsabili devono inoltre curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara/procedura e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

2.3.5.1.18 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione, le azioni di sensibilizzazione e il rapporto con la società civile hanno la funzione fondamentale di creare un dialogo con l'esterno e di implementare un rapporto di fiducia e di collaborazione con cittadini ed utenti che può contribuire in modo significativo all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti silenti.

Sotto tale profilo un ruolo significativo potrà essere svolto, in primo luogo dalla Conferenza dei servizi aziendali di partecipazione, istituita dall'Azienda al dichiarato fine di garantire agli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale, un ruolo partecipativo nella programmazione e valutazione dei servizi aziendali, in armonia con il D.Lgs. 502/1992, con il D.P.C.M. 19/09/1995 "Carta dei servizi sanitari" e le indicazioni regionali in materia.

In tale ottica, l'Azienda adotta il "Piano della Comunicazione" che contempla, tra le sue finalità e obiettivi, anche e prioritariamente quello di promuovere la partecipazione e il coinvolgimento degli stakeholder attraverso un'efficace azione di comunicazione.

Con riferimento allo specifico ambito dell'anticorruzione e della trasparenza ed integrità, il ruolo partecipativo degli Stakeholder sarà garantito attraverso:

- ✓ l'adozione di iniziative volte ad assicurare un'efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione adottata ed attuata dall'ASL tramite pubblicazione sul sito Web aziendale, nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione, dei documenti e delle notizie rilevanti a tal fine, e, *in primis*, del presente Piano triennale della prevenzione della corruzione e per la trasparenza/PIAO e dei suoi aggiornamenti e della relazione annuale riportante i dati sulla sua attuazione;
- ✓ la predisposizione di soluzioni organizzative e l'attivazione di canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva e l'utilizzo dei canali di ascolto già esistenti in chiave propositiva, anche al fine di migliorare e implementare la strategia di prevenzione della corruzione;
- ✓ l'organizzazione di incontri o l'effettuazione di consultazioni pubbliche via web, per l'acquisizione di contributi e suggerimenti in occasione della predisposizione degli aggiornamenti del Piano per la prevenzione della corruzione, del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e del Codice di comportamento aziendale.

A tal fine:

- il Responsabile della SS Relazioni con il Pubblico Comunicazione e Ufficio Stampa, in raccordo col Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, definiscono annualmente le iniziative di comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione della corruzione e di promozione della legalità e della trasparenza, da inserire nel Piano della Comunicazione;
- il Responsabile dell'Ufficio di Relazioni con il Pubblico (URP) predispone una procedura per la disciplina e la gestione delle segnalazioni presentate dagli Stakeholder esterni e per la raccolta di proposte e suggerimenti utili a migliorare e implementare la strategia di prevenzione della corruzione;
- il Direttore della S.S. Innovazione e sicurezza Informatica, in raccordo col Responsabile della S.S. Comunicazione e Ufficio Stampa, cura l'attivazione e l'implementazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, di cattiva amministrazione e di situazioni di conflitto di interessi.

Il Responsabile della S.S. Relazioni con il Pubblico – Comunicazione e Ufficio Stampa trasmette al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, entro il **31 ottobre di ogni anno**, una relazione a consuntivo, sulle iniziative realizzate e sui risultati ottenuti.

2.3.5.1.19 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

Il Piano Nazionale Anticorruzione individua, quale misura trasversale, la definizione di un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012, con l'obiettivo di evidenziare eventuali omissioni o ritardi e di consentire la tempestiva adozione di adeguate iniziative in caso di scostamenti.

A tal fine, fatto salvo, laddove possibile, il monitoraggio tramite rilevazione diretta attraverso il sistema informativo aziendale, i Responsabili delle strutture aziendali effettuano, con cadenza

semestrale, il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e trasmettono al Referente della macro-area di appartenenza report recanti gli esiti del monitoraggio che dovranno essere pubblicati sul sito istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente” nei termini e secondo le modalità indicate nella Programmazione della Trasparenza. Nel report sono riportati i seguenti dati:

- a) numero di procedimenti conclusi nel semestre di riferimento;
- b) numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini;
- c) numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo;
- d) ragioni che hanno determinato il ritardo;
- e) provvedimenti ed interventi correttivi adottati.

I Referenti, ciascuno per la macro-area di pertinenza, vigilano sull’osservanza dell’obbligo, anche attraverso periodiche verifiche a campione, comunicando tempestivamente al Responsabile della prevenzione eventuali criticità riscontrate e trasmettono al medesimo, entro il **31 ottobre di ogni anno**, una relazione contenente i dati qualitativi e quantitativi relativi al monitoraggio effettuato nelle strutture di rispettiva pertinenza, con specificazione della percentuale di scostamento rilevata, delle cause dello scostamento e dei provvedimenti adottati e all’eventuale omesso o intempestivo assolvimento dell’obbligo di rilevazione e trasmissione dei report da parte delle strutture medesime.

2.3.5.1.20 Monitoraggio dei rapporti fra l’azienda e i soggetti che con la stessa instaurano rapporti di rilevanza economica

Ai sensi dell’art. 1, comma 9, lett. e) della legge 190/2012, l’Azienda monitora i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e i dipendenti.

In fase di prima applicazione e nelle more della definizione di un sistema di monitoraggio supportato da strumenti informatici, i Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l’insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento medesimo.

In caso di conflitto di interesse, vengono attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all’obbligo di astensione di cui all’art. 6 bis della legge 241/90.

I Responsabili di struttura presentano, entro il **31 ottobre di ogni anno**, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione una relazione riportante l’elenco dei provvedimenti per i quali è stata riscontrata una situazione di conflitto di interessi e le misure adottate.

2.3.5.1.21 Rapporti con enti di diritto privato e società partecipate in controllo pubblico

Così come previsto dalla normativa, gli Enti di diritto privato e le Società in controllo pubblico, incluse le Società *in house*, sono tenuti ad introdurre e a implementare adeguate misure organizzative e gestionali per ridurre il rischio di corruzione e illegalità. Qualora questi Enti adottino già modelli di organizzazione e gestione del rischio sulla base del D.Lgs. 231/2001 nella propria

azione di prevenzione della corruzione possono fare perno su essi, ma estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la pubblica amministrazione previsti dalla l. 231/2001 ma anche a tutti quelli considerati nella l. 190/2012, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente. Tali parti dei modelli di organizzazione e gestione, integrate ai sensi della l. n. 190/2012 e denominate Piani di prevenzione della corruzione, devono essere trasmessi all'ASL. Gli Enti di diritto privato in controllo pubblico sono, inoltre, tenuti a nominare un Responsabile per l'attuazione dei propri Piani di prevenzione della corruzione, nonché a definire nei propri modelli di organizzazione e gestione dei meccanismi di accountability che consentano ai cittadini di avere notizie in merito alle misure di prevenzione della corruzione adottate e alla loro attuazione.

I dati relativi agli Enti controllati e alle Società partecipate dall'ASL CN1 sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con l'elencazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'ASL o delle attività di servizio pubblico affidate dalla medesima.

Nei confronti degli Enti di diritto privato e delle Società partecipate sottoposti al proprio controllo, congiuntamente alle altre Amministrazioni che detengano quote di partecipazione e secondo le modalità formalmente definite con le medesime, l'ASL CN1 provvede inoltre:

- ad effettuare le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dall'ASL CN1;
- a promuovere l'inserimento, anche negli statuti societari, di meccanismi sanzionatori a carico degli amministratori che non abbiano adottato le misure organizzative e gestionali per la prevenzione della corruzione e il Programma della trasparenza;
- vigilare sull'adozione delle misure di prevenzione e sulla nomina del RPCT da parte delle società controllate;
- promuovere l'adozione di misure di tutela analoghe a quelle previste nella determinazione ANAC n. 6/2015 sul *whistleblower*;
- promuovere la stipula di protocolli di legalità contenenti la cadenza temporale delle misure da adottare negli enti/società in controllo pubblico cui partecipi.

Ai sensi dell'orientamento ANAC n. 24 del 23 settembre 2015, l'erogazione di somme a qualsiasi titolo da parte dell'ASL CN1 in favore di Enti di diritto privato sottoposti al proprio controllo o di Società cui partecipi è subordinato al tempestivo e completo adempimento, da parte dell'Ente o della Società, degli obblighi di comunicazione dei dati richiesti dall'amministrazione ai fini dell'assolvimento dei propri obblighi di pubblicazione a norma dell'art. 22, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 e alla completa e tempestiva pubblicazione, nei siti web degli enti controllati e delle società partecipate, dei dati di cui agli artt. 14 e 15 del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., relativi ai componenti degli Organi di indirizzo e ai Soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione e consulenza. Sono esclusi da tale previsione i pagamenti cui l'ASL sia tenuta a fronte di obbligazioni contrattuali per prestazioni rese a suo favore da parte degli Enti e delle Società di cui all'art. 22, comma 1, lett. da a) a c) del D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii..

2.3.5.2 PARAGRAFO 2 - MISURE ESISTENTI E ULTERIORI

2.3.5.2.1 Misure esistenti

L'ASL CN1 ha sempre posto particolare attenzione alla predisposizione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo dei processi e delle decisioni al fine di garantire il perseguimento dei fini istituzionali nel rispetto della legalità, dell'efficienza e dell'efficacia e delle attività e della qualità dei servizi resi ai cittadini.

In particolare, l'Azienda si è dotata nel tempo di presidi organizzativi finalizzati a circoscrivere e presidiare gli ambiti di discrezionalità, quali la separazione delle funzioni e responsabilità e dei compiti, le valutazioni e decisioni collegiali, l'informatizzazione dei processi e procedimenti "sensibili", la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, controlli informatici preventivi e successivi, sistema di valutazione della performance, controllo di gestione, sistema di qualità, controlli a campione e mirati da parte del Servizio Ispettivo. A questi si aggiungono quelli istituzionali di legalità e regolarità amministrativo-contabile da parte del Collegio Sindacale e del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato.

Tali presidi, di ordine organizzativo e procedurale, concorrono a formare il sistema delle misure volte a prevenire il fenomeno della corruzione e dell'illegalità nell'ambito dell'ASL CN1.

Costituiscono, inoltre, a pieno titolo misure preventive, ai fini del presente Piano, i seguenti documenti:

- Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (DDG. 363 del 28/10/2022);
- Nomina RUP - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (DDG. 85 del 15/3/2022 – aggiornamento DDG. 216 del 21/6/2023) – s.m.i con DDG. 532 del 27/11/2024;
- revisione del Regolamento di Pubblica Tutela adottato con DDG. 1238 del 31/12/2009 (DDG. 138 del 6/4/2018);
- riapprovazione Regolamento per la concessione del Patrocinio e utilizzo del Logo dell'ASL CN1 (DDG. 398 del 25/9/2019);
- adozione Piano integrato di comunicazione ASL CN1 e AO S. Croce e Carle 2019/2021, 2020/2022, 2021/2023 e aggiornamento anno 2024/2026 (DD.DG. 32 del 30/1/2019, 20 del 16/1/2020, 65 del 29/1/2021, 41 del 3/2/2022, 40 del 30/1/2023 e 38 del 05/02/2024);
- Piano della Performance ASL CN1 – anni 2020/2022 – aggiornamento anni 2020, 2021 e 2022 (DD.DG. 45 del 23/1/2020, 502 dell'8/10/2020, 63 del 26/1/2021, 621 del 29/9/2021, 25 del 25/1/2022 e 311 del 26/9/2022);
- approvazione e adozione Relazione sulla Performance – anno 2023 (DDG. 258 del 24/06/2024));
- aggiornamento annuale Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (DDG. 582 del 18/12/2024);
- individuazione Dirigenti e Preposti nell'ASL CN1 ai sensi del D.lgs 81/2008 (DDG. 373 del 6/11/2017);

- provvedimenti attuativi del D.Lgs 81/2008. Nomina Medici Competenti, Medici Autorizzati e individuazione del Coordinatore del Medici Competenti dell'ASL CN1 (DDG. 387 del 17/6/2021);
- provvedimenti attuativi del D.Lgs 81/2008. Nomina Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (DDG. 390 del 17/6/2021);
- presa d'atto relativa ai documenti di valutazione dei rischi e documentazione tecnica correlata (DDG. 393 del 18/6/2021);
- costituzione "Comitato zonale paritetico" ai sensi dell'art. 18 dell'A.C.N.. Per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altro professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) del 31.03.2020 e s.m.i. (DDG. 101 del 27/02/2023);
- nomina componenti del Comitato per il Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza – C.I.C.A. già C.I.O. (DDG. 429 del 19/12/2022);
- approvazione Piano di miglioramento del grado di umanizzazione dei Presidi Ospedalieri dell'ASL CN1 e aggiornamento Componente aziendale dell'equipe mista (DDG. 140 del 2/4/2019);
- approvazione del Regolamento in materia di sponsorizzazioni individuali in ambito formativo (DDG. 356 del 12/7/2010);
- approvazione Regolamento aziendale per la frequenza volontaria e tirocinio presso l'ASL CN1 (DDG. 467 del 29/7/2011);
- Regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi di docenza (DDG. 48 del 31/1/2012);
- Regolamento aziendale per la partecipazione alle attività formative e successiva integrazione (DDG.151 del 22/3/2011 e DDA. 89 del 12/3/2012);
- revisione Regolamento per la disciplina e la gestione delle Sponsorizzazioni (DD.DG. 63 del 21/2/2019 e 114 del 14/4/2022);
- nomina componenti del Comitato Scientifico del Provider Regionale accreditato "ASL CN1" costituito ai sensi dei criteri standard e di qualità per l'accreditamento Provider pubblici e privati della Regione Piemonte – triennio 2022-2024 (DDG. 176 del 22/6/2022);
- perseguimento qualità della formazione nell'ambito dell'ASL CN1 (DDG. 109 del 20/2/2020);
- costituzione Gruppo di lavoro della "Medicina di genere" (DDG. 243 del 5/8/2022);
- modifica alla composizione dello Staff trasparenza – Gruppo strategico decisionale – costituito con deliberazione 184/2013 e ss.mm.ii. (DDG. 73 del 9/3/2017);
- costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere organizzativo di chi lavora e contro le discriminazioni – quadriennio 2024-2027 (DDG. 121 del 30/04/2024);
- approvazione Regolamento per il conferimento di borse di studio (DDG. 474 del 21/12/2017);

- approvazione Programma di attività Risk Management/I.C.A. per la sicurezza del paziente e la prevenzione del rischio clinico e del rischio infettivo correlato all'assistenza – anno 2022 (DDG. 428 del 19/12/2022);
- modifica Regolamento per trasporti protetti di assistiti (DDG. 130 del 20/4/2016);
- revisione Regolamento sulle modalità di gestione del servizio di ospitalità delle salme presso le camere mortuarie dei Presidi Ospedalieri di Ceva, Mondovì, Fossano, Savigliano e Saluzzo (DD.DG. 177 del 19/5/2016 e 133 del 28/3/2019);
- Regolamento sulla vestizione delle salme (DDG. 425 del 16/12/2022);
- approvazione convenzioni triennio 2022/2024 fra l'ASL CN1 e le Ass.ni e Federazioni donatori di sangue per la raccolta del sangue umano a scopo trasfusionale (Det. Dirett. DAPO 1144 del 14/6/2022, , integrazione con Det. Dir.DAPO n. 91 del 20/01/2023);
- revisione e ridefinizione composizione del Comitato per il buon uso del sangue dell'ASL CN1 (DD.DG. 486 30/9/2020 e 137 del 25/2/2021);
- costituzione del Gruppo di coordinamento del programma di area per il governo dei tempi d'attesa – area omogenea Piemonte Sud-Ovest e approvazione relativo format (DD.DG. 179 del 22/5/2017, 215 del 14/6/2017 e 448 del 16/10/2019);
- costituzione “Unità di gestione e miglioramento dei tempi e delle liste di attesa” e stipula della convenzione tra ASL CN1 e AO S. Croce e Carle di Cuneo per il recupero delle liste di attesa anno 2023 (DD.DG. 305 del 29/9/2023, 315 del 6/10/2023 e 340 del 30/10/2023);
- avviso manifestazione d'interesse delle strutture private accreditate in relazione alla disponibilità a fornire spazi e servizi per effettuare interventi chirurgici in elezione propri dell'ASL CN1 per la riduzione della consistenza delle liste di attesa (DDG. 258 del 17/8/2022);
- costituzione del Nucleo di Controllo Aziendale (NCA) per riorganizzazione attività di controllo in merito alla qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate (DD.DG. 119 del 22/4/2022 e 150 del 31/5/2022);
- costituzione di un Gruppo di progetto finalizzato a favorire risposte omogenee ai bisogni di minori fragili e delle loro famiglie, attraverso l'allineamento delle attività dei servizi territoriali di NPI delle AASSLL CN1 e CN2 (DDG. 550 del 23/12/2019);
- revisione dotazione posti letto (Det. Resp. Gruppo Progetto Coord. P.O. 51 del 12/01/2018 e 2185 del 21/12/2018);
- ridefinizione composizione UMAD/Commissioni verifica appropriatezza prescrittiva per la Medicina generale e la Pediatria di libera scelta e ss.mm.ii. (DD.DG. 17 del 23/1/2018, 92 del 15/3/2018, 276 del 9/8/2018, 336 del 4/10/2018, 210 del 23/5/2019, 446 del 15/10/2019, 59 del 29/1/2020, 334 del 14/7/2020, 100 del 9/2/2021, 577 del 1°/9/2021, 93 del 28/3/2022, 209 del 20/6/2023, 247 del 17/7/23 e 316 del 9/10/2023);
- ridefinizione della composizione Uffici di coordinamento delle attività distrettuali –UCAD- (DD.DG. 18 del 23/1/2018, 252 del 23/7/2018, 204 del 13/5/2019, 429 del 10/10/2019, 58 del 29/1/2020, 438 dell'8/9/2020, 101 del 9/2/2021, 459 del 30/6/2021, 555 del 10/8/2021, 708 del 26/11/2021, 755 del 20/12/2021, 105 del 5/4/2022, 139 del 9/5/2022, 18 del 13/01/2023 , 143 del 19/04/2024);

- progetto di attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) (DD.DG. 172 del 31/3/2020 e 189 del 9/4/2020);
- costituzione Unità di Crisi di Quadrante Area Piemonte Sud-Ovest in attuazione alle disposizioni regionali emergenza sanitaria (DDG. 318 del 3/7/2020);
- individuazione Coordinatore dell'Unità di crisi aziendale per l'emergenza COVID-19 (DDG. 357 del 31/5/2021);
- costituzione del "Gruppo Coordinamento strategico" e del "Gruppo Coordinamento Operativo" per la campagna vaccinale COVID presso l'ASL CN1 (DDG 190 del 18/3/2021);
- revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL) (DDG. 178 del 28/6/2022);
- nomina del referente aziendale e del gruppo di lavoro locale per le malattie rare: modifica composizione (DDG. 221 dell'1/8/2022);
- creazione della "Funzione di Coordinamento Territoriale dell'ASL CN1" e nomina suo Responsabile (DD.DG. 455 del 9/9/2020 e 3 del 4/1/2022);
- ridefinizione della composizione Unità Valutazione Geriatrica (DD.DG 110 del 23/3/2018, 168 del 27/4/2018, 243 del 16/7/2018, 394 del 18/6/2021 e 556 del 10/8/2021);
- revisione del percorso dedicato a soggetti affetti da decadimento cognitivo (DDG. 450 del 23/12/2022);
- date di attivazione Ambulatori/Case della Salute (DDG. 45 del 7/2/2019 e Det. Dir. Distretto Nord Ovest 2076 del 17/12/2019);
- aggiornamento percorso integrato di continuità e cura Ospedale-Territorio (DDG. 447 del 15/10/2019);
- modifica composizione Commissione Nefrologica aziendale (DD.DG. 98 del 23/2/2010, 235 del 29/6/2017, 102 del 13/3/2019 e 138 del 25/2/2021);
- programma stipula contratti biennio 2023-2024 con Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti (DDG. 447 del 23/12/2022);
- disposizioni in ordine alla stipula dei contratti biennio 2023-2024 con strutture residenziali provate accreditate per pazienti psichiatrici (DDG. 459 del 28/12/2022);
- progetto sperimentale di attivazione Ambulatori "Codici Bianchi" presso i Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri ASL CN1 (DDG. 454 del 20/12/2018);
- piano locale cronicità: costituzione Cabina di regia interaziendale e del Nucleo per la cronicità ASL CN1 (DDG. 455 del 20/12/2018) e sua modifica composizione (DD.DG. 727 del 9/12/2021 e 124 del 28/4/2022);
- costituzione dell'unità di crisi migranti (DDG. 331 del 19/5/2021);
- approvazione Protocollo d'intesa per la realizzazione del nuovo Ospedale Unico del quadrante Nord Ovest della Provincia di Cuneo (Saluzzo-Savigliano-Fossano) (DDG 367 del 4/11/2022);

- costituzione del Gruppo di lavoro per la gestione della “valutazione partecipativa” (DDG. 501 del 20/7/2021);
- approvazione Protocolli intesa e presa d’atto relativi finanziamenti e provvedimenti regionali: attività ed interventi in favore di donne vittime di violenza ed ai loro figli (DD.DG. 139 del 6/4/2018, 124 del 26/3/2019, 167 del 10/3/2021, 169 del 17/6/2022, 348 e 351 del 6/11/2023, 134 del 11/04/2024);
- recepimento DDG. AO Santa Croce e Carle di Cuneo n. 77 del 27/2/2017 ad oggetto “Coordinamento Area Sovrazonale Piemonte Sud Ovest-Terapia del dolore-approvazione protocolli operativi interaziendali gestione del paziente con dolore oncologico e gestione del paziente con Low Backpain” (DDG. 37 del 1°/2/2019);
- prelievi e trapianti d’organi e tessuti. Individuazione Coordinatori ospedalieri dei prelievi ex art. 12 Legge 91/1999: Area Mondovì-Ceva (DDG. 284 del 17/6/2020) e Area Savigliano/Saluzzo/Fossano (DDG. 475 del 30/9/2020);
- approvazione del Piano di gestione del sovraffollamento e progetto controllo del boarding ASL CN1 (DDG. 322 del 30/9/2022 – aggiornamento DDG n. 1717 del 08/05/2023);
- Regolamento per le Sperimentazioni cliniche, studi osservazionali ed attività assimilabili nell’ambito delle Strutture Sanitarie dell’ASL CN1 (DDG. 311 del 22/9/2017);
- recepimento del Progetto di teleradiologia tra la Città della Salute e della Scienza di Torino, il Provveditorato Reg.le Amm.ne Penitenziaria per il Piemonte, la Liguria e la Valle d’Aosta, le AA.SS.LL. CN1, CN2 e Asti e le Case di reclusione di Fossano, Saluzzo, Alba e Asti (DDG. 374 del 2/11/2018);
- nomina Responsabile della branca odontoiatrica della Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna (DDG. 456 del 27/12/2022);
- costituzione di un Gruppo di lavoro per le attività del progetto “Inside out” all’interno del Dipartimento di Patologia delle dipendenze (Det. Dir. Dip. Patologia Dipendenze 1950 del 4/12/2018);
- approvazione della Carta Etica della montagna aziendale, di cui alla DGR 17-8364 del 1°/2/2020 (DDG. 118 del 26/2/2020);
- adozione Piano Locale dipendenze anni 2019-2020 (Det. Dir. Dip. Patologia delle Dipendenze 152 del 29/1/2020);
- avviso pubblico per la costituzione di elenco di RSA autorizzate, accreditate e contrattualizzate con il SSR ubicate sul territorio di competenza dell’ASL CN1 disponibili al percorso di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie e successiva autorizzazione (DDG 261 del 22/8/2022 e Det. resp. SS Vigilanza Strutture Sanitarie e Socio Assistenziali 1674 del 9/9/2022);
- applicazione della Regolamentazione regionale sull’informazione scientifica del farmaco (DDG. 476 del 27/12/2016);
- Rete Nazionale di vigilanza sui dispositivi medici: nomina Responsabile aziendale ASL CN1 e Referenti designati all’interno delle Strutture individuate (DDG. 237 del 12/7/2018);

- ricostituzione Commissione per la gestione del Prontuario terapeutico ospedaliero aziendale (DDG. 418 del 6/12/2018);
- reintegro Commissione Farmaceutica Interna dell'ASL CN1, costituita ai sensi della DGR 76-4318 del 13/11/2006 (DD.DG. 430 del 10/10/2019 e 166 del 5/3/2021);
- rinnovo Commissione Farmaceutica Consortile con l'ASL CN2 per la disciplina dei rapporti con le Farmacie pubbliche e private aperte al pubblico (DDG. 401 del 21/12/2023);
- Regolamento del Dipartimento di Prevenzione (DDG. 398 dell'11/11/2016 – revisionato con DDG. n. 16 del 18/01/2024);
- istituzione del nuovo Gruppo di progetto aziendale per il coordinamento del Piano Locale della Prevenzione (PLP) e del relativo Coordinatore e revoca della DDG. 331 del 10/7/2020 (DDG. 626 del 30/9/2021);
- omogeneizzazione delle procedure per la raccolta e la registrazione delle dichiarazioni di volontà ex Legge 91/99 e nomina del Referente (DDG. 297 del 26/6/2020);
- aggiornamento composizione Gruppo di progetto "Coordinamento attività di screening oncologico comprendente AA.SS.LL. CN1, CN2 e AO Santa Croce e Carle" (DD.DG. 328 del 3/10/2022 e 338 del 12/10/2022);
- approvazione del Piano di Attività 2022 relativo al Programma di screening n. 4 (DDG. 420 del 13/12/2022);
- costituzione Gruppi di riferimento per attività di screening-Programma regionale di screening oncologico Prevenzione Serena (DDG. 184 del 3/5/2019);
- convenzione con l'Azienda Sociosanitaria Ligure ASL2 per attività di lettura dello screening mammografico (DDG. 157 del 24/4/2023);
- aggiornamento composizione Comitato diabetologico interaziendale ASL CN1 e AO S. Croce e Carle (DDG. 726 del 9/12/2021);
- approvazione Accordo di collaborazione tra ASL CN1, CN2 e Ufficio Scolastico Territoriale della Provincia di Cuneo (DDG. 368 del 2/11/2018);
- presa d'atto revisione organizzativa Dipartimento Prevenzione ASL CN1 – SC Igiene Alimenti e Nutrizione (Det. Dir. Dip. Prevenzione 1715 del 29/10/2018);
- protocollo operativo per l'accertamento in regime ordinario e di urgenza dell'età presunta dei minori stranieri non accompagnati (DDG. 330 del 28/9/2018);
- Regolamento del Dipartimento medico generale e riabilitativo (DDG. 93 del 24/03/2016);
- Regolamento del Dipartimento medico-specialistico (DDG. 307 del 20/9/2016);
- Regolamento del Dipartimento chirurgico (DDG. 310 del 23/9/2016);
- Regolamento del Dipartimento emergenza urgenza e successivi provvedimenti (DD.DG. 292 del 24/8/2016 e 649 del 25/10/2021);
- presa d'atto Piano delle attività per la funzione EST 118 anno 2018 (DDG. 209 del 31/5/2018);

- Approvazione della convenzione tra Azienda Sanitaria ZERO, ASL TO3 e ASL CN1 per l'approvvigionamento e la logistica a supporto dell'attività di Emergenza-Urgenza Extra-ospedaliera 118. Periodo 01.01.2023 – 31.12.2025 (DDG. 137 del 05/04/2023);
- Convenzione biennale tra l'ASL CN1 e l'Azienda Sanitaria ZERO per la gestione dell'attività di Emergenza-Urgenza Extra-Ospedaliera (DDG. 199 del 01/06/2023);
- Convenzione biennale tra l'ASL CN1 e l'Azienda Sanitaria ZERO per la gestione del numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116 117 (DDG. 200 del 01/06/2023);
- Convenzione biennale tra l'ASL CN1 e l'Azienda Sanitaria ZERO per la gestione del numero Unico di Emergenza 112 (DDG. 201 del 01/06/2023);
- accordo di collaborazione tra ASL CN1 e C.R.I. - Comitato Regionale del Piemonte per le attività previste dall'art.16 dell'Accordo quadro per la regolamentazione dei rapporti tra le AA.SS.RR. e i Comitati della C.R.I. per lo svolgimento delle attività di trasporto sanitario (Det. Dir. SC EST 118 n. 1208 del 12/8/2021);
- Convenzioni per il Servizio di Trasporto Sanitario di Emergenza e di Emergenza Urgenza in forma continuativa anno 2023 con gli Organismi di volontariato afferenti ANPAS Comitato Regionale del Piemonte e Misericordie Piemonte (Det. Dir. SC Est 118 n. 215 del 06/02/2023 – proroga semestrale con DDG. n. 5 del 08/01/2024);
- accordo di collaborazione tra ASL CN1 e il Coordinamento Misericordie Piemonte per le attività previste dall'art. 16 dell'Accordo quadro per la regolamentazione dei rapporti tra le AA.SS.RR. e le Associazioni di volontariato aderenti al Coordinamento per le attività di trasporto sanitario di cui al DPR 27/3/1992 – anno 2023 (Det. Dir. SC Est 118 n. 1301 del 29/06/2023);
- esito procedura per l'affidamento in convenzione in forma estemporanea del Servizio di trasporto sanitario di emergenza e di emergenza-urgenza per l'anno 2023 (DDG. 458 del 28/12/2022);
- esito dell'avviso di selezione per l'affidamento in convenzione del Servizio di trasporto sanitario di emergenza 118 e trasporto sanitario di emergenza urgenza in forma continuativa per l'anno 2023 (DDG. 457 del 28/12/2022);
- affidamento in convenzione del servizio di trasporto sanitario interospedaliero programmato e di trasporto per patologie autorizzabili, continuazione di cure e dialisi – Anno 2023 (DDG. 12 del 11/01/2023);
- presa d'atto Piano delle attività per la funzione Maxiemergenza 118 a valenza regionale (DDG. 292 del 7/9/2018);
- Regolamento del Dipartimento materno-infantile (DDG. 102 dell'1/4/2016);
- Regolamento del Dipartimento interaziendale materno infantile strutturale con A.O. S. Croce e Carle e funzionale con ASL CN2 e successiva rettifica (DD.DG. 366 del 25/10/2017 e 28 del 25/1/2018);
- creazione Gruppo di progetto "omogeneizzazione attività ambulatoriale di ecografia ostetrico-ginecologica e diagnosi prenatale" e successiva integrazione (DD.DG. 204 del 29/5/2018 e 349 del 22/8/2019);

- istituzione Comitato percorso nascita aziendale e successive modifiche (DD.DG. 433 del 1°/12/2017, 320 del 25/7/2019 e 53 del 15/2/2022);
- costituzione Equipe multidisciplinare socio-sanitaria per contrastare abuso e maltrattamento a danno di minori (DDG. 328 del 12/8/2019) e successiva modifica (DDG. 28 del 26/1/2022);
- Regolamento per l'inserimento di pazienti in carico al Dipartimento interaziendale di Salute Mentale presso Strutture residenziali del privato sociale (DDG. 17 del 16/1/2013);
- Regolamento del Dipartimento interaziendale di Salute Mentale (DDG. 168 del 10/5/2016);
- Regolamento per attivazione di interventi di tipo economico "asegni terapeutici" e "borse lavoro" a favore di pazienti in carico al Dipartimento di Salute Mentale (DDG. 506 del 5/12/2019);
- aggiornamento Regolamento Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità– minori (UMVD minori (DD.DG. 374 del 6/11/2017 e Det. Resp. Gruppo Progetto Coord. area territoriale 1521 del 18/9/2019) e modifica composizione UMVD (DDG. 578 del 1°/9/2021);
- Regolamento del Dipartimento Diagnostica per immagini (DDG. 92 del 24/3/2016);
- revisione Regolamento provvedimenti amministrativi (DD.DG. 348 del 28/5/2021 e 630 del 4/10/2021);
- revisione Regolamento Albo Pretorio on line (DDG. 84 del 13/3/2017);
- revisione Manuale di gestione del Protocollo informatico dell'Azienda (DD.DG. 362 del 25/10/2017, 390 del 9/11/2017 e n. 1 del 8/1/24);
- modificazione del Regolamento del diritto di accesso ai documenti amministrativi ex artt. 22 e ss. L. 241/1990 e ss.mm.ii. (DDG. 404 del 16/11/2017);
- approvazione del Regolamento in materia di accesso civico e accesso generalizzato (DDG. 282 del 9/8/2017);
- nomina del Responsabile della mobilità aziendale (Mobility Manager) (DDG. 284 del 13/9/2022);
- adozione Piano spostamento casa-lavoro (PSCL) del personale dipendente ASL CN1 per l'anno 2022 (DDG. 353 del 25/10/2022);
- approvazione Regolamento sulla disciplina e la gestione di Progetti aziendali finanziati da soggetti esterni (DDG. 457 del 20/12/2018 – revisione con DDG. n. 47 del 09/02/2024);
- rinnovo della registrazione del marchio e presa d'atto del regolamento d'uso – sportello (in salute (Det. Resp. Ispettivo e SOUC 622 del 28/3/2022);
- adozione Regolamento per la disciplina delle attività di controllo svolte dal Servizio Ispettivo nei confronti del personale dipendente e convenzionato (DDG. 1188 del 22/12/2009);
- adozione Regolamento sullo svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente dell'ASL CN1 (D.DG. 170 dell'11/3/2021);

- adozione regolamento per le attività esterne del personale delle professioni sanitarie ai sensi dell'art. 3-quater del d.l. n. 127/2021, convertito dalla l. n. 165/2021 e s.m.i. (D.DG. 242 del 24/06/2024);
- approvazione Regolamento social media policy dell'ASL CN1 (D.DG. 23 del 16/01/2025);
- revisione Regolamento ASL CN1 in materia di procedimenti amministrativi (termini e Responsabili) ai sensi della L. 241/1990 e ss.mm.ii. (DDG. 359 del 20/10/2017);
- approvazione del Regolamento del Collegio di Direzione dell'ASL CN1 e successivo adeguamento ai dettami della Giunta regionale (DD.DG. 115 del 29/3/2017 e 88 del 7/3/2019 2019 e 483 del 31/10/2024));
- Collegio di Direzione dell'ASL CN1: nomina dei componenti rappresentanti i professionisti convenzionati con il SSN e conferma della composizione dell'organo sulla base del regolamento. Successiva sostituzione del rappresentante dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale (DD.DG. 99 del 18/2/2020, 37 del 21/1/2021, 127 del 23/2/2021 e 77 del 15/02/2023 e 35 del 02/02/2024);
- nomina dell'OIV per gli anni 2023-2026 e revisione del regolamento (DD.DG. 203 del 07/6/2023 e 320 del 16/10/2023);
- revisione Regolamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'ASL CN1. (DDG. 320 del 16/10/2023);
- presa d'atto Regolamento del Consiglio dei Sanitari ASL CN1 (DDG. 154 del 24/4/2018);
- Codice dell'Amministrazione digitale. Nomina del Responsabile per la transizione digitale (DDG. 580 del 7/9/2021, 198 del 13/7/2022 e 307 del 2/10/2023)
- Approvazione manuale di conservazione interno dei documenti informatici dell'ASL CN1 (DDG. 36 del 30/01/2023);
- costituzione Gruppo di lavoro per il coordinamento dei processi di informatizzazione (DDG. 74 del 27/2/2019);
- ricostituzione Comitato Ospedale e territorio senza dolore dell'ASL CN1 (DDG. 89 del 24/3/2022);
- adozione del Piano di razionalizzazione delle Società partecipate e della loro revisione straordinaria ai sensi del D.Lgs 175/2016; revisione straordinaria e periodica della razionalizzazione delle partecipazioni societarie (DD.DG. 105 del 22/3/2017, 324 del 29/9/2017, 464 del 21/12/2018, 544 del 23/12/2019, 683 del 31/12/2020, 315 del 12/5/2021, 799 del 31/12/2021, 434 del 21/12/2022 e 405 del 21/12/2023);
- individuazione nuovo componente ASL CN1 nel Comitato per il Controllo Analogico su Amos s.c.r.l. (DDG. 520 del 28/7/2021);
- revisione Regolamento del Servizio di Continuità Assistenziale (DD.DG. 735 del 9/12/2021 e 1 del 3/1/2022);
- costituzione del Gruppo di lavoro per l'avvio del nuovo numero 116117 relativo alla centrale operativa del Servizio di Continuità Assistenziale presso l'ASL CN1 e relativi provvedimenti (DD.DG. 44 del 13/2/2017 e 216 del 14/6/2017);

- istituzione, nomina componenti e approvazione Regolamento della Commissione mista conciliativa dell'ASL CN1 (DD.DG. 328 del 2/10/2017 e 426 dell'1/12/2017);
- recepimento Regolamento del Dipartimento Interaziendale dei servizi strutturale con A.O. S. Croce e Carle e successiva rettifica (DD.DG. 29 del 25/1/2018 e 206 del 29/5/2018);
- Regolamento recante disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'art. 7, comma 6, del d.lgs. n.165/2001 e integrazione per definizione tariffario orario (DD.DG. 222 del 4/6/2013 e 305 del 22/9/2022);
- adozione del Regolamento aziendale in materia di trattamento di missione e modalità di utilizzo dell'auto aziendale e ss.mm.ii. (DD.DG. 192 del 16/05/2013 e 118 del 7/3/2014);
- definizione procedura per la designazione del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO) Data Protection Officer (DDG. 430 dell'1/12/2017);
- designazione del Data Protection Officer (Responsabile della protezione dei dati personali) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679 e approvazione Convenzione tra ASL CN1, ASL CN2 di Alba-Bra e A.O. S. Croce e Carle di Cuneo per il triennio 2021-2023 (DDG. 675 del 29/12/2020);
- nomina Responsabile della protezione dei dati personali – Data Protection Officer (DPO) dell'ASL CN1, per cinque anni a decorrere dal 2 ottobre 2023 (DDG. 307 del 2/10/2023);
- convenzione tra l'ASL CN1 e l'A.O. S. Croce e Carle di Cuneo per le attività di supporto al Responsabile della Protezione dei dati personali - Data Protection Officer – DPO- (D.DG. 377 del 03/09/2024);
- creazione Gruppo di Progetto “Razionalizzazione dei processi amministrativi trasversali a più servizi, finalizzata all'efficientamento del personale amministrativo” (DDG. 158 dell'8/6/2022);
- approvazione e adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026: anno 2024 (DDG. 25 del 29/01/2024);
- aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-26 con particolare riferimento alle Sezioni: Organizzazione Capitale Umano e Valore pubblico, Performance e Anticorruzione anno 2024 (D.DG. 424 del 30/9/2024);
- approvazione Regolamento relativo alla fruizione del servizio mensa (DDG. 33 del 24/1/2012 e 76 del 04/03/2024);
- approvazione Regolamento per la determinazione dei criteri di costituzione e ripartizione del compenso incentivante della progettazione interna di cui all'articolo 92, comma 5 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii. (DDA. 733 del 2/12/2011 , 107 del 13/03/2019 e 88 del 13/03/2022);
- modifica composizione Commissione per i sorteggi dei componenti delle commissioni esaminatrici dei concorsi pubblici dell'area medica veterinaria e della dirigenza del ruolo sanitario (DDG. 263 del 22/8/2022);
- Regolamento per disciplinare le procedure finalizzate ad effettuare assunzioni a tempo determinato (DDG. 484 del 30/9/2010);
- approvazione del Regolamento aziendale sulle procedure selettive interne del personale del comparto e contestuale indizione di selezioni interne per profili del ruolo amministrativo, in

applicazione dell'art. 52, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., e ai sensi degli artt. 16, 17, 20 e 21 del CCNL Personale del Comparto Sanità sottoscritto il 02/11/2022 (D.DG. 521 del 19/11/2024);

➤ Regolamento in materia di criteri e procedure per l'affidamento degli incarichi di Direttore di Struttura complessa a dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo (DDG. 81 del 16/3/2016);

➤ Regolamento in materia di individuazione e graduazione delle posizioni dirigenziali dell'area sanità nonché per il conferimento, la conferma e la revoca dei relativi incarichi dirigenziali (DDG. 706 del 26/11/2021);

➤ Incarichi Dirigenziali – Area Funzioni Locali (DDG 307 del 2/10/2023, 317 del 11/10/2023, 339 del 27/10/2023 e 363 del 21/11/2023);

➤ Incarichi Dirigenziali – Area Sanità (DDG 10 del 10/1/2023, 47 del 1/2/2023, 58 del 8/2/2023, 104 del 1/3/2023, 179 del 16/5/2023 e 231 del 30/6/2023);

➤ Servizio di Pronto Disponibilità - regolamentazione anno 2019 (DDG. 379 dell'11/9/2019);

➤ Regolamento per lo svolgimento di concorsi unici tra le aziende ASL CN1, A.O. S. Croce e Carle e ASL CN2 (DDG. 223 del 29/6/2016);

➤ adozione Piano triennale di fabbisogno di personale 2022/2024 (DDG. 275 del 28/8/2023);

➤ approvazione Organigramma incarichi dirigenziali area professionale tecnica amministrativa e della dirigenza delle professioni sanitarie e ss.ii.mm. (DDG. 10 del 9/1/2018);

➤ costituzione delegazione di parte datoriale abilitata alle trattative (DDG. 162 del 5/3/2021);

➤ disciplina dell'attività di supporto e collaborazione del personale dell'area negoziale del comparto alla libera professione intramuraria (DDA. 41 del 26/1/2012);

➤ accordo integrativo aziendale in materia di libera professione intramuraria Dirigenza Medica e veterinaria e Dirigenza sanitaria e personale ambulatoriale convenzionato del 26/3/2015 e successive integrazioni del 12-13-25/10/2016;

➤ rinnovo Commissione Paritetica competente in materia di libera professione intramoenia (DDG. 50 del 9/2/2022);

➤ Gestione L.P.I.: approvazione Piano aziendale (DDG. 435 del 08/10/2024);

➤ approvazione Regolamento per l'esercizio della libera professione *intramoenia* (D.DG. 523 del 25/11/2024)

➤ Gestione L.P.I. – Esito Avviso per manifestazione di interesse per la messa a disposizione di spazi per lo svolgimento dell'attività Libero Professionale Intramuraria in regime ambulatoriale - ANNO 2025. (D.DG. 578 del 17/12/2024);

➤ Gestione L.P.I. – Stipula fino al 31/12/2025 della Convenzione con le strutture esterne non accreditate collegate in rete (Det. Dir. SCI GRU 2200 del 24/12/2024);

➤ Gestione L.P.I. - rinnovo fino al 31/12/2023 della convenzione per l'esercizio dell'attività negli studi privati dei professionisti (Det. Dir. SCI GRU 2203 del 24/12/2024);

- revoca di n. 4 Accordi di collaborazione con Autoscuole varie e revoca dell'autorizzazione a svolgere alcune prestazioni in L.P.I. da parte dei Dirigenti Medici della SC Medicina Legale (Det. Dir. SCI GRU 1127 del 24/7/2020);
- approvazione del Regolamento per i procedimenti disciplinari relativi al personale ASL CN1 in attuazione del D. Lgs 30/03/2001 n. 165 e ss.mm.ii. e nomina titolare azione disciplinare ex art. 55 sexies – comma 3 – dello stesso Decreto (DDG. 257 del 19/7/2017);
- istituzione dell'Ufficio interaziendale per i Procedimenti disciplinari relativi al personale ASL CN1 e A.O. S. Croce e Carle di Cuneo e approvazione del Regolamento sul funzionamento dell'Ufficio interaziendale per i procedimenti disciplinari relativi al personale ASL CN1 e A.O. S. Croce e Carle di Cuneo in attuazione del D.Lgs. 30/03/2001 n. 165 e ss.mm.ii. (DDG. 312 del 22/9/2017);
- Regolamento per l'esercizio dei diritti in materia di protezione dei dati personali (DDG. 38 del 3/2/2017);
- attuazione Reg. (UE) 2016/679 del 27/4/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Nomina designati e autorizzati e approvazione/rinnovo procedura Data Breach. Linee Guida per la valutazione d'impatto. Rinnovo Gruppo "Protezione dei dati" (DD.DG. 165 del 26/4/2018 e successiva di rettifica 195 del 24/5/2018, 392 del 22/11/2018, 440 del 18/12/2018, 493 del 22/11/2019, 102 del 10/2/2021, 568 del 1°/9/2021, 620 del 29/9/2021 e 353 del 13/11/2023);
- attuazione Reg. (UE) 2016/679 del 27/4/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Regolamento per l'esercizio dei diritti degli interessati e strutturazione registro dei trattamenti (DD.DG. 674 del 9/11/2021 e 43 del 7/2/2022);
- attuazione Reg. (UE) 2016/679 del 27/4/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati. Aggiornamento Procedura DATA BREACH (D.DG. 11 del 10/01/2025);
- adozione del Regolamento sulle modalità d'uso degli strumenti informativi, di internet e della posta elettronica e successive revisioni (DD.DG. 318 del 16/6/2011, 116 del 29/3/2017 e 85 del 7/3/2018);
- aggiornamento Regolamento sulla videosorveglianza (DD.DG. 307 del 14/6/2011 e 476 del 13/11/2019);
- approvazione del nuovo Regolamento interaziendale per la disciplina dell'assistenza legale diretta aziendale e del rimborso delle spese legali e peritali ai dipendenti e sua revisione (DD.DG. 360 del 20/10/2017 e 157 dell'8/6/2022);
- Regolamento sulle modalità di recupero dei crediti e successiva modifica (DD.DG. 434 del 9/12/2016 e 132 del 5/4/2018);
- determinazione in via forfettaria delle spese del procedimento relative al recupero delle sanzioni amministrative di competenza dell'ASL, ai sensi della legge 24/11/1981 n. 689 (DDG. 500 del 29/12/2016);

- attuazione criteri per la determinazione della misura delle sanzioni amministrative pecuniarie ex art. 11 della Legge 24/11/1981 n. 689 (DDG. 501 del 29/12/2016);
- approvazione del Regolamento concernente la corresponsione dei compensi professionali agli Avvocati della SC Servizio Legale (DDG. 449 del 15/12/2017);
- nomina Componenti aziendali del Comitato gestione sinistri a.i.c. 4: AA.SS.LL. CN1, CN2 e A.O. S. Croce e Carle di Cuneo e definizione degli aspetti organizzativi e funzionali del Comitato stesso (DDG. 33 del 29/1/2018, Det. Dir. SCI Servizio Legale 219 del 7/2/2018 e DDG. 308 del 23/9/2022);
- rischio di danneggiamento autoveicolo di proprietà del personale autorizzato a servirsene per motivi di servizio. Autogestione anno 2024 (Det. Dir. SCI Servizio Legale 7 del 4/1/2024);
- nuovo Regolamento di contabilità aziendale (DDG. 99 del 28/2/2014);
- aggiornamento del Regolamento per la disciplina dell'esercizio delle funzioni degli Agenti Contabili a denaro e a materia e della resa dei conti giudiziali con decorrenza dall'esercizio 2021 (DDG. 721 del 2/12/2021);
- D.Lgs 174/2016 – Giudizio di conto – individuazione del Responsabile del procedimento e successiva individuazione Responsabile temporaneo (DD.DG. 392 del 9/11/2017, 24 del 16/1/2020 e 167 del 8/5/2023);
- aggiornamento degli Agenti contabili e dei loro sostituti (DDG. 733 del 9/12/2021);
- approvazione del Conto giudiziale anno 2023 degli agenti contabili interni ed esterni (DDG. 337 del 07/08/2024);
- adozione della Procedura pgsq032 relativa al contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e aggiornamento del nominativo del soggetto "gestore" (DD.DG. 159 del 12/5/2017, 312 e 313 del 26/9/2022);
- adozione per l'anno 2025 dei budget economici trasversali attribuiti ai gestori di spesa dell'ASL CN1 (DDG. 517 del 15/11/2024);
- approvazione Regolamento per l'utilizzo degli automezzi aziendali da parte del personale dipendente (DDG. 1241 del 31/12/2009 – aggiornato con DD.DG. 192 del 16/05/2013 e 118 del 07/03/2014);
- approvazione Regolamento relativo alla gestione del magazzino economale unificato dell'ASL CN1 (DDG. 166 del 18/5/2017);
- approvazione Regolamento relativo alla gestione della cassa economale (DDG. 246 del 10/7/2017);
- convenzione di cooperazione informatica per l'accesso telematico da parte dell'ASL CN1 all'anagrafe tributaria attraverso il sistema Siatel2/Punto Fisco: variazione figure convenzionali aziendali e rinnovo per un quinquennio della convenzione (DDG. 579 del 2/9/2021);
- Regolamento relativo ai controlli sui servizi economali appalti e successiva modifica Gruppo di controllo (DDG. 3 dell'8/1/2019 e Det. Dir. ff. SC Logistica e DAPO 81 del 23/1/2019);

- aggiornamento dei Disciplinari delle commesse “ecocardiografia, ecocolordoppler, ingegneria clinica, archivio, gestione camere mortuarie” affidate in house alla società Amos srl (Det. Dir. SC Logistica e DAPO 1546 del 28/9/2018);
- Regolamento ASL CN1 sulla vestizione delle salme (DDG. 425 del 16/12/2022);
- costituzione Gruppo di lavoro CUP Unico Regionale (DDG. 246 del 14/6/2019);
- Convenzioni con i Comuni afferenti ai P.O. dell’ASL CN1 per la gestione del servizio di obitorio con pagamento abitante/anno – anni 2019/2021 (Det. Dir. ff. SC Logistica e DAPO 158 del 1°/2/2019 e 1617 del 3/10/2019);
- Convenzione per la fruibilità telematica delle banche dati dell’INPS ai sensi dell’art. 58 D.lgs 82/2005 (DDG. 365 del 9/9/2019);
- nomina Nucleo tecnico per corretto svolgimento procedure redazione avvisi ed effettuazione selezioni di cui alla DGR 48-7791 del 30/10/2018 (DDG. 406 del 5/12/2018);
- SC Servizio Tecnico – Commissione di vigilanza sulle strutture socio-assistenziali e sanitarie (Det. Dir. Tec. 1369 del 18/8/2017);
- Gruppo di lavoro immobilizzazioni ASL CN1: designazione del Coordinatore, approvazione elenchi, individuazione strutture coinvolte e istituzione gruppo di lavoro (DD.DG. 76 del 27/2/2018, 253 del 17/6/2019, 793 del 30/12/2021 e 16 del 13/01/2023);
- approvazione elenco proposte inserite in Edisan relative agli interventi in edilizia e attrezzature sanitarie per il 2024-2026 (DDG. 91 del 13/3/2024);
- adozione Programma Triennale 2024/2026 ed elenco annuale dei lavori pubblici ai sensi dell’art. 37 D.Lgs 36/2023 e s.m.i. (DD.DG. 133 del 11/04/2024);
- approvazione Programma triennale 2024-2026 degli acquisti di beni e servizi ai sensi dell’art. 37 D.Lgs 36/2023 e s.m.i e 1° ed ultimo aggiornamento (DD.DG. 132 del 11/04/2024 e 589 del 23/12/2024);
- approvazione Programma triennale 2025-2027 degli acquisti di beni e servizi ai sensi dell’art. 37 D.Lgs 36/2023 e s.m.i. (DD.DG. 12 del 10/01/2025);
- autorizzazione a contrarre tramite l’Agenzia Nazionale per l’attrazione degli investimenti e lo sviluppo d’impresa SpA – Invitalia per l’attuazione degli interventi ricadenti nella missione M6 di propria competenza (DD.DG. 195 dell’1/7/2022 e 241 del 5/8/2022);
- approvazione del documento di revisione, del nuovo massimario di conservazione e scarto dei documenti amministrativi e sanitari aziendali, attuazione e primo aggiornamento (DD.DG. 311 del 19/7/2019, 435 del 11/10/2019, 393 del 29/11/2022, 423 del 16/12/2022 e 61 del 21/02/2024);
- Regolamento sulle donazioni e sui comodati d’uso gratuito con aggiornamento 2024 (DD.DG. 400 del 21/10/2014 e 385 del 10/09/2024);
- progetto di attivazione del Dossier Sanitario Elettronico (DDG. 58 del 15/2/2019);
- Linee Guida per acquisizione beni e servizi in economia con particolare riferimento agli adempimenti in materia di trasparenza e anticorruzione (nota a firma Direttore Amministrativo di cui a prot. id. 3657383 dell’11/3/2016);

- adozione Regolamento recante norme e criteri di costituzione e ripartizione del Fondo incentivante per le funzioni tecniche di cui all'art. 113 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i. – anni dal 2016 al 2021 (DDG. 107 del 13/3/2019) – anni 2022 e 2023 (DDG. 88 del 17/3/2022)
- accantonamento Fondo incentivante ex art. 113 del D. Lgs. 50/2016 quote SCI Acquisti beni e servizi anni 2016-2017-2018 (DDG. 233 del 6/6/2019) – anni 2019 e 2020 (DDG. 368 del 9/6/2021);
- accantonamento Fondo incentivante ex art. 113 del D. Lgs. 50/2016 quote SC Tecnico anni dal 2016 al 2021 (DDG. 269 del 1/8/2023);
- Regolamento aziendale per acquisti di beni e servizi tramite affidamento diretto e procedura negoziata ai sensi del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. (DDG. 51 del 14/2/2018);
- individuazione Responsabile dell'Anagrafe Unica per la Stazione Appaltante (RASA) (DDG. 25 del 27/1/2017);
- provvedimenti in ordine all'accordo con S.c.r. Piemonte SpA per la messa a disposizione della piattaforma di e-procurement e delle attività necessarie per il corretto utilizzo e funzionamento della stessa e rinnovo dell'accordo (DD.DG. 365 del 2/11/2018 e 474 del 12/11/2019);
- controlli per la valutazione esterna di qualità. Partecipazione ai programmi per l'anno 2019. Affidamento diretto alla Società Oneworld Accuracy Italia srl e all'A.O.U. Careggi (det. dir. SCI acquisti 2035 del 12/12/2018),

e ogni altro provvedimento, procedura, direttiva e disposizione interna, comunque denominata.

2.3.5.2.2 Misure ulteriori di carattere generale

Con riferimento alle attività classificate ad “Alto” rischio ai sensi del presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza/PIAO, i Responsabili e i Direttori delle strutture aziendali cui le stesse afferiscono, in raccordo con i Referenti della macro-area di pertinenza, verificano la rispondenza e, all'occorrenza, adottano/adeguano le procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni da utilizzare nell'ambito dei processi/attività “sensibili” afferenti la propria Struttura, alle previsioni della presente Sezione e ai seguenti:

✓ **principi generali:**

- a) **segregazione** delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- b) **tracciabilità** dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa;
- c) **assegnazione** dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;
- d) **legalità** in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure e dei Codici aziendali;

- e) rispetto dell'ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento.

2.3.5.2.3 Regole/misure specifiche ulteriori rispetto a quelle obbligatorie

Per settori particolarmente esposti a rischio vengono previste le seguenti ulteriori regole/misure specifiche di prevenzione:

➤ **Settore acquisizione del personale:**

- a) sorteggio dei componenti delle commissioni di concorso in diretta streaming;
- b) trasmissione report annuale al RPCT degli incarichi affidati senza espletamento della procedura di selezione, con indicazione del soggetto a favore del quale l'incarico è stato conferito, dell'oggetto, dell'importo/compenso previsto e delle ragioni del mancato espletamento della procedura selettiva.

➤ **Settore affidamento di lavori, servizi e forniture – Contratti pubblici:**

- a) svolgimento delle sedute pubbliche di gara in diretta streaming (chiusa al 31/12/2019 a seguito dell'attivazione di procedure di gara svolte attraverso Piattaforme Telematiche);
- b) svolgimento delle procedure di affidamento di valore superiore ai 5000 euro mediante Piattaforme informatiche che assicurino la tracciabilità di tutte le operazioni (misura inserita nel 2019 alla luce delle nuove disposizioni in materia);
- c) divieto di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte per coloro che hanno fornito le specifiche tecniche del capitolato;
- d) trasmissione di report semestrale al RPCT degli affidamenti suddivisi per tipologia di procedura adottata con indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento;
- e) trasmissione di report semestrale al RPCT relativo alle proroghe/prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga/prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga/prosecuzione e delle ragioni del mancato espletamento della procedura di gara;
- f) divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole individualizzanti che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;
- g) gli atti di gara e di aggiudicazione devono contenere l'espresso divieto di subappalto di qualsiasi tipo da parte dell'aggiudicatario alle Ditte/Imprese che hanno partecipato alla gara individualmente o in forma associata.

➤ **Settore convenzioni per trasposti sanitari:**

- a) assegnazione dei singoli viaggi sulla base di criteri formalmente predeterminati.

➤ **Settore affidamento del servizio odontoprotesico:**

- a) applicazione della procedura adottata per uniformare la gestione dell'attività odontoprotesica aziendale.

- **Settore erogazione di prestazioni di assistenza protesica:**
 - a) monitoraggio, previa individuazione di specifici indicatori in raccordo coi Direttori di Distretto, il Responsabile della SSD Assistenza Integrativa e Protesica e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, dei rapporti prescrittore/fornitore mediante rilevazione, a cura dei Direttori dei Distretti e del Responsabile dell'Assistenza Integrativa e Protesica
 - b) , per ogni fornitore autorizzato, del numero e dell'entità economica delle forniture riconducibili al medesimo prescrittore e segnalazione ai Referenti di Area e al RPCT delle situazioni in cui tale rapporto evidenzia un valore superiore a quello medio.
- **Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private:**
 - a) predeterminazione dei criteri e loro specifica indicazione negli atti relativi ai singoli inserimenti;
- **Utilizzo di beni e risorse aziendali/richieste di rimborsi spese:**
 - a) autorizzazione delle missioni e controllo dei rimborsi spese mediante l'apposita funzionalità della procedura di gestione del personale "IRIS WEB";
 - b) monitoraggio mensile sulle richieste di rimborso spese per utilizzo dell'automezzo di proprietà del dipendente o del personale convenzionato da parte della SCI Gestione Risorse Umane.
- **Attività di controllo ufficiale nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione:**
 - a) compatibilmente con le risorse di personale disponibili, affidamento dell'attività di controllo ufficiale, ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale e secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari della suddetta attività;
 - b) programmazione delle attività di campionamento ufficiale con un Sistema che garantisca la segretezza dei dati relativi ai destinatari (proprietari degli animali) delle medesime fino alla data di effettiva esecuzione, di specifica competenza della S.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e della S.C. Igiene Alimenti di origine animale.
 - c) definizione di un sistema di programmazione delle attività di campionamento ufficiale che garantisca la segretezza dei dati relativi ai destinatari (proprietari degli animali) delle medesime fino alla data di effettiva esecuzione (**realizzata al 31/10/2016**).
- **Settore attività libero professionale e liste di attesa:**
 - a) verifica, a cura della SS Gestione Libera Professione, della congruità tra le agende di prenotazione e l'erogazione/fatturazione delle prestazioni e segnalazione al Responsabile del Coordinamento dei Presidi Sanitari e al Responsabile della prevenzione della corruzione delle eventuali anomalie e trasmissione a quest'ultimo di una relazione, **entro il 31 ottobre di ogni anno**, riportante i dati della verifica;
 - b) applicazione del sistema di pagamento delle prestazioni che assicuri la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo;
 - c) prenotazione delle prestazioni e inserimento/comunicazione dei dati previsti dalla legge 120/2007, come modificata dal D.L. 158/2012, tramite sistema informatico aziendale (CUPALPI);

- d) nel triennio di validità del presente Piano, verifica della disponibilità di ulteriori spazi aziendali da destinare all'esercizio della libera-professione e conseguente progettazione esecutiva e realizzazione, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.
- e) verifica, a cura della SS Gestione Libera Professione, dell'equilibrato rapporto tra attività istituzionale e quella libero professionale *intra-moenia*, ai sensi dell'art. 15 *quinquies*, c.3, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., anche al fine di ridurre i tempi d'attesa sull'attività istituzionale e trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione di una relazione, **entro il 31 ottobre di ogni anno**, riportante i dati della verifica.

➤ **Settore ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione, informazione scientifica:**

- a) revisione del regolamento interno in materia di sponsorizzazione di eventi formativi mediante formalizzazione della competenza esclusiva della SS in materia di organizzazione e gestione di tutti gli eventi formativi che si svolgono all'interno dell'ASL. Si precisa che non si è ancora conclusa la revisione del suddetto Regolamento in quanto in attesa di Linee guida nazionali e regionali e di approvazione delle OO.SS., ma il RPCT ha promosso:
- b) 1) con le Strutture Ispettivo, Formazione, Gestione Risorse Umane e gli Uffici Progetti e Sperimentazioni l'avvio di una procedura per il Censimento delle sponsorizzazioni dei dipendenti della CN1 per iniziative formative, come discenti o docenti e come partecipanti a Progetti e Sperimentazioni, anche allo scopo di creare una Banca dati dei possibili conflitti di interesse da mettere a disposizione delle Strutture aziendali che devono nominare Commissioni e altri organismi deputati a valutazioni che coinvolgono organizzazioni economiche esterne;
- c) 2) con la Struttura della formazione l'approvazione da parte del Collegio di Direzione nella seduta del 20 giugno 2018 delle "Regole per l'organizzazione in sedi e locali dell'Azienda di iniziative formative, eventualmente aperte anche a partecipanti esterni, con o senza riconoscimento ECM". Si tratta di disposizioni che anticipano il Regolamento sulle sponsorizzazioni di eventi formativi mirando a ricondurre nell'alveo gestito dalla Struttura della formazione le proposte di iniziative formative e di hospital meeting che le Strutture aziendali intendono tenere all'interno di locali aziendali aprendole anche a discenti non dipendenti. Le regole sono state comunicate a tutti i dipendenti con nota di posta elettronica interna Prot. n. ASLCN1 0074107|P (1.30.9.2) del 22 giugno 2018 e pubblicate sul sito intranet aziendale. Esse specificano la procedura da seguire per ottenere l'autorizzazione preventiva di iniziative formative e di divulgazione di informazioni in campo farmaceutico/assistenziale con l'intervento di organizzazioni economiche esterne.
- d) applicazione del Regolamento interno in materia di informazione scientifica;
- e) revisione del Regolamento di cui al punto b) (**realizzata al 31/10/2016**).

➤ **Settore rilevazione presenze:**

- a) monitoraggio mensile, da parte dei Responsabili di struttura e della SCI Gestione Risorse Umane, sulle timbrature fuori sede e sulle omesse timbrature e adozione delle conseguenti iniziative o misure correttive in caso di riscontrate anomalie/criticità;

➤ **Settore delle attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero:**

- a) istituzione, presso ogni presidio in cui è allestita una camera mortuaria di pertinenza dell'ASL, ancorché non direttamente gestita, di un registro delle imprese che, su incarico dei familiari, accedono ai locali dell'Azienda per lo svolgimento dell'attività funebre (realizzata al 30/06/2016).

I Referenti, con riferimento alle Strutture ricomprese nella Macro-area di rispettiva competenza, verificano, con cadenza almeno annuale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il **31 ottobre di ogni anno**.

Nella suddetta relazione annuale, i Referenti formalizzano le procedure utilizzate dalle Strutture afferenti la rispettiva Macro-area per lo svolgimento delle attività di competenza e i controlli di regolarità e legittimità posti in essere, specificando i soggetti addetti al controllo, l'oggetto e la tempistica. Nella medesima relazione dovranno altresì essere indicati gli eventuali interventi correttivi/implementativi delle misure esistenti per migliorare l'efficacia dell'azione preventiva.

Si precisa infine che, nel corso del 2023, le Strutture aziendali coinvolte in bandi e contratti con riferimento agli interventi finanziati con Fondi PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) hanno svolto attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo, attraverso il sistema informativo ReGis messo a disposizione dalla Ragioneria Generale dello Stato, in base alle prescrizioni dettate dai Regolamenti Europei, a partire dal Regolamento EU 2021/241 e dalle disposizioni Nazionali e Regionali in materia.

In particolare, nell'ambito della "Missione 6 Salute", le check-list e le verifiche condotte in ReGis riguardano: la regolarità amministrativo-contabile; la corretta individuazione del Titolare effettivo – normativa antiriciclaggio; l'assenza di conflitto di interessi; l'osservanza del divieto di doppio finanziamento; il rispetto degli ulteriori requisiti del PNRR connessi alla misura a cui è associato il Progetto – "Milestone e Target"; l'adempimento del principio del DNSH (Do No Significant Harm) e l'ottemperanza di principi trasversali del PNRR.

2.3.6 PARTE SPECIALE "B" – PROGRAMMAZIONE DELLA TRASPARENZA

PREMESSA

Il presente capitolo, predeterminato dall'allegato 1 del Decreto Legislativo 33/2013 e ss.mm.ii., definisce le iniziative, le misure e gli strumenti attuativi degli obblighi di pubblicazione normativamente previsti, parte integrante del Capitolo relativo alla programmazione della prevenzione della corruzione a favore di azioni deterrenti contro potenziali condotte illegali o irregolari.

La parte speciale "B" garantisce infatti l'organizzazione dei flussi informativi in termini di trasparenza e in particolare facilita il monitoraggio delle fasi di individuazione, elaborazione, produzione, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati.

Si ritiene pertanto, opportuno ribadire che la trasparenza costituisce un'importante principio per prevenire la corruzione, mediante la pubblicazione costante e tempestiva di informazioni sulle attività poste in essere, favorendo forme di controllo da parte di soggetti esterni.

Se l'impianto normativo possiamo dirsi delineato dalla Legge n. 190/2012, il *"principio della trasparenza"* può dirsi affermato ed esteso dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, il cosiddetto Freedom Of Information Act (FOIA), inteso come "accessibilità totale" ai dati e ai documenti gestiti dalle Pubbliche Amministrazioni.

La trasparenza è il mezzo per promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, considerato che, gli open data costituiscono un importante traguardo della democrazia partecipativa e facilitano forme di controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche, rispondendo così al requisito di *"accountability"* ed all'esigenza di informazione della società civile e di efficace *"controllo sociale"*.

Si ritiene utile riportare il quadro normativo che definisce l'elenco non esaustivo dei principali normativi provvedimenti osservati oltreché il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante il *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* adottato dal Governo in attuazione della delega contenuta nella legge n. 190/2012, così come modificato dal citato Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* e in particolare:

- l'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione, in riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- l'art. 11 del Decreto Legislativo n. 150/2009 che definisce la trasparenza come "accessibilità totale attraverso lo strumento di pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione (...)" e che definisce i contorni di un nuovo diritto per ciascun cittadino;
- la Delibera n. 105/2010 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), avente ad oggetto "le linee guida per la predisposizione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità", che definiscono il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del programma succitato, indicando i dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale delle amministrazioni e le modalità di pubblicazione;
- le Linee Guida per i siti web della PA del 29 luglio 2011, previste dalla Direttiva n. 8 del 26 novembre 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, che prevedono che i siti web delle P.A. debbano rispettare il principio della trasparenza tramite "l'accessibilità totale" da parte del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, definendo i contenuti minimi dei medesimi siti istituzionali;
- la Delibera n. 2/2012 della CIVIT, avente ad oggetto "Le linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità";
- la legge 6 novembre 2012, n. 190, entrata in vigore il 28 novembre, *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"*, che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione e che in particolare;

- all'art. 1, comma 15, prevede che la trasparenza dell'attività amministrativa sia assicurata mediante la pubblicazione nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione e individua al comma 16, i procedimenti che debbono essere oggetto di trasparenza per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili;
- la Legge 17 dicembre 2012, n. 221, *"Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"*, che ha poi differito al 31 marzo 2013 il termine per l'adozione del Piano della prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 1, c. 8, della legge n. 190/2012;
- la delibera n. 6/2013, *"Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013"* della CiVIT, quale Autorità Nazionale Anticorruzione, con la quale, in considerazione:
- la Delibera CiVIT n. 50/2013 avente ad oggetto *"Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016"*;
- la delibera CiVIT n. 71/2013 e n. 77/2013 in merito alle attestazioni O.I.V. sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità;
- la Delibera CiVIT n. 144/2014 relativa agli obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle pubbliche amministrazioni;
- il DPCM 22 settembre 2014 avente ad oggetto *"Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni"*;
- la Determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 avente ad oggetto *"Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici"*;
- la Legge 7 agosto 2015, n. 124 *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* e in particolare l'art. 7 *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza"*;
- la determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 recante l'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con riferimento ai contenuti previsti alla sez. 2.1, 6° alinea *"Trasparenza come misura di prevenzione della corruzione"*, che raccomanda di inserire il Programma per la trasparenza all'interno del PTPC, come specifica sezione;
- la Determinazione n. 1309 del 28.12.2016 *"Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni."*;
- la Determinazione n. 1310 del 28.12.2016 *"Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal Decreto Legislativo. 97/2016"*;
- il Decreto Legislativo 50/2016 recante *"Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle"*

procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;

- il Regolamento UE n. 679/2016 sulla protezione dei dati personali e il Decreto Legislativo 101/2018 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - Decreto Legislativo 196/2003 alle disposizioni del citato regolamento europeo;
- il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 recante “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”;
- le Linee Guida della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica: n. 5 dicembre 2019, n. 3 novembre 2018, n. 2 dicembre 2017, per quanto attiene il riferimento alla trasparenza e alla tracciabilità dei processi, agli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza e alla possibilità di rendere i percorsi, più oggettivi, più confrontabili e meno soggetti a distorsioni;
- la Legge 27 dicembre 2019, n. 160 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022” in ordine alle modifiche apportate agli artt. 19, 46 e 47 del Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- l’art. 99 del Decreto Legge 178 del 17 marzo 2020, convertito in Legge 24 aprile 2020, n. 27;
- l’allegato 9) al PNA 2022, approvato con Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, relativo all’“Elenco degli obblighi di pubblicazione della Sezione “Amministrazione Trasparente” – Sotto Sezione 1° Livello – Bandi di Gara e Contratti”; sostitutivo degli obblighi elencati per la sottosezione “Bandi di Gara e Contratti” dell’allegato 1) alla Delibera ANAC 1310/2016 e dell’Allegato 1) alla Delibera ANAC 1134/2017;
- Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii., Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante “*Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33*” e il relativo allegato come modificato dalla Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023;
- Decreto Legislativo 12 luglio 2024, n. 103 “*Semplificazione dei controlli sulle attività economiche, in attuazione della delega al Governo di cui all'art. 27, comma 1, della Legge n. 118/2022*”, che in materia di trasparenza ha previsto l’inserimento dell’art. 23-bis al D.Lgs. 33/2013, relativo agli “Obblighi di pubblicazione concernenti i controlli sulle attività economiche”.

2.3.6.1 Principi generali

Si pone in evidenza quanto disciplinato dagli artt. 5 e 5 bis del “decreto trasparenza”, che introducono una nuova tipologia di accesso (d’ora in avanti “accesso civico generalizzato”), delineata in particolare nel novellato art. 5, comma 2 del citato decreto, ai sensi del quale “*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi*

alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis".

Quanto sopra si traduce, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza).

Ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato articolo 1, comma 1, del decreto ridefinisce come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzata a *"favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e dei loro rapporti con i cittadini.

A questa impostazione consegue, nel novellato decreto "trasparenza", il rovesciamento della recedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento dell'obbligo di pubblicazione; ora è proprio la libertà di accedere ai dati e ai documenti, cui corrisponde una diversa versione dell'accesso civico, a divenire centrale nel nuovo sistema, in analogia agli ordinamenti aventi il *Freedom of Information Act* (FOIA), ove il diritto all'informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto eccezioni.

Inoltre in riferimento al combinato disposto normativo in materia di protezione dei dati personali e del riordino della trasparenza amministrativa, si ritiene opportuno evidenziare che la diffusione dei dati personali e/o sensibili, mediante la pubblicazione su sito istituzionale, è ammissibile nel rispetto delle seguenti regole:

- sul sito non dovranno MAI essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare dalle Strutture aziendali che pubblicano i dati ai sensi degli artt. 14 e 26 del *"decreto trasparenza"*);
- l'attività di pubblicazione dei dati sul sito web per finalità di trasparenza, deve avvenire nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, ossia i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati e i principi di esattezza e aggiornamento dei dati;
- sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se:
 - vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;
 - pertinenti rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto.

2.3.6.2 Le principali novità

Le proposte di revisione della presente Parte speciale del Piano triennale di prevenzione della corruzione/PIAO, dedicata agli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza per il triennio 2025-2027, sono state acquisite e redatte dal Responsabile della Trasparenza.

La revisione tiene conto:

- dei contenuti del Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 e ss.mm.ii., in materia obblighi di pubblicità e diffusione di informazioni, da parte delle pubbliche amministrazioni e, in particolare del concetto di trasparenza quale accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, essendo finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta e al servizio del cittadino (art. 1, c. 2, Decreto Legislativo n. 33/2013);
- della revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, apportate dal **Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 e dalla Legge 27 dicembre 2019, n. 160**
- delle indicazioni da parte dell'ANAC, intervenute nel corso degli anni dal 2014 al 2024;
- degli obblighi dell'Allegato 9) al PNA 2022, approvato con Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, relativo alle "Elenco degli obblighi di pubblicazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" – Sotto Sezione 1° Livello – Bandi di Gara e Contratti" che è andato a sostituire gli obblighi elencati per la sottosezione "Bandi di Gara e Contratti" dell'allegato 1) alla Delibera ANAC 1310/2016 e dell'Allegato 1) alla Delibera ANAC 1134/2017;
- delle disposizioni del PNA aggiornamento 2023 con Delibera n. 605 del 19/12/2023 secondo cui la trasparenza dei contratti pubblici sia materia governata da norme differenziate, che determinano distinti regimi di pubblicazione dei dati e che possono essere ripartiti nelle seguenti fattispecie:
 - a) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31/12/2023 - Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le indicazioni ANAC di cui all'All.to 9) al PNA 2022;
 - b) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data 31/12/2023 - Assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con Delibera n. 582 del 13/12/2023;
 - c) Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 - Pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in "A.T." secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg e dalle Delibere ANAC n. 261/2023, n. 264/2023 e relativo Allegato 1, come modificato con Delibera ANAC n. 601 del 19/12/2023.

Le modifiche rispetto alle misure e obblighi adottati nel triennio precedente, con deliberazione n. 25 del 29 gennaio 2024, possono essere sintetizzate come segue:

- è stata pubblicata entro il 15 luglio 2024, l'attestazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione ASL CN1 al 31 maggio 2024, in merito all'assolvimento da parte di questa Azienda degli obblighi di trasparenza, secondo le indicazioni fornite dall'ANAC con la delibera n. 213 del 23 aprile 2024;
- è stato effettuato il successivo monitoraggio al 30 novembre 2024, secondo le indicazioni fornite dall'ANAC con delibera n. 213 del 23 aprile 2024, con le dovute annotazioni degli esiti di detto monitoraggio nella specifica scheda, aggiornando i valori attribuiti nella colonna "completezza di contenuto". In particolare, l'attestazione dell'OIV completa della scheda delle verifiche di monitoraggio, compilata tramite l'utilizzo dell'applicativo web, in data 12 dicembre 2024, è stata regolarmente pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale aziendale;
- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo "Scadenario dei nuovi obblighi amministrativi";
- con il progressivo superamento delle criticità riscontrate in fase di prima applicazione, risultano ragionevolmente bilanciate la tempestività e la completezza delle informazioni, secondo le modalità previste;
- nell'ottica di un costante e continuo miglioramento della propria performance in materia di trasparenza, l'A.S.L. CN1 mantiene attiva la funzionalità che consente di linkare sul proprio sito istituzionale sez. Amministrazione Trasparente il logo della "Bussola della Trasparenza", quale strumento on-line aperto a tutti gli stakeholders che consente di monitorare e verificare la trasparenza dei siti-web delle PPAA, nell'ottica di una considerazione del rapporto azienda-cittadino/utente, secondo il paradigma *dell'open government**;
- è stata monitorata e incentivata la modalità di pubblicazione delle specifiche banche dati di riferimento (laddove esistenti), in modo da agevolare la ricerca univoca e stabile dei dati;
- sono state ipotizzate le modalità per curare la rimozione dei dati, documenti e informazioni pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" che decorso il termine stabilito dall'art. 8 del Decreto Legislativo 33/2013 devono comunque essere accessibili ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo 33/2013
- è stato mantenuto attivo sul sito istituzionale, un link alla banca dati "Anagrafe delle Prestazioni", per assolvere agli obblighi di comunicazione dovuti al Dipartimento della Funzione Pubblica, che riceve e rende pubblici i dati comunicati da ogni Pubblica Amministrazione, mediante il sistema informatico denominato "PerlaPA";
- alla luce del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali è stata prestata particolare attenzione ai dati contenuti negli allegati che vengono inseriti e resi pubblici sul sito PerlaPA".

2.3.6.3 Procedimento di elaborazione e adozione del programma

2.3.6.3.1 Obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice negli atti di indirizzo

L'ASL CN1, ai fini della completa attuazione dei principi di trasparenza e integrità, ha da tempo operato affinché il sito istituzionale www.aslcn1.it, offra agli utenti un'immagine aziendale con

caratteristiche di uniformità, riconoscibilità e semplicità di navigazione gli obiettivi strategici individuati dagli organi di vertice dell'Azienda.

Le pagine del portale sono realizzate in ottemperanza alle "Linee guida per i siti web della PA", emanate dal Dipartimento della Funzione pubblica in attuazione della Direttiva n. 8/2009 e aggiornate annualmente con le prescrizioni fornite dall'ANAC), in relazione alla trasparenza e ai contenuti minimi dei siti pubblici, alla visibilità dei contenuti, al loro aggiornamento, all'accessibilità e all'usabilità, alla reperibilità, alla classificazione e alla semantica, ai formati e contenuti aperti. In linea generale i dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" sono coerenti ai formati standardizzati e aperti: PDF/A, ODS, XHTML, XML etc.

L'ASL CN1 ritenendo necessario porre al centro della propria attività i bisogni e le esigenze del cittadino/utente, intende avvalersi di più strumenti e canali per garantire alla popolazione lo svolgimento di diverse attività di informazione e di comunicazione attraverso le seguenti modalità: **scritta, visiva, verbale e on-line** ossia mediante comunicati stampa, opuscoli, Carta dei servizi, manifesti, cartellonistica, foto, sportelli, conferenze stampa, interviste televisive, sito web, social network, posta elettronica e **con l'organizzazione di eventi** (formativi, mostre, spettacoli, Giornate della trasparenza) e attraverso l'utilizzo dei **mezzi di informazione di massa** (tv e televideo, radio e stampa locale).

L'A.S.L. CN1 ha attivato un indirizzo PEC (protocollo@aslcn1.legalmailPA.it), collegato all'Ufficio di protocollo centrale, dandone evidenza sulla home page del sito internet aziendale, come previsto dalla vigente normativa (art. 34 L. 69/2009).

In conclusione, una strategia di diffusione per essere efficace, deve poter prevedere canali e strumenti comunicativi, di diversa natura e fortemente integrati tra loro, che permettano all'amministrazione di "curare" la relazione con l'utente, rafforzarla e valorizzarla nel tempo con continuità. Gli obiettivi strategici nell'ambito della comunicazione in relazione all'implemento della trasparenza vertono dunque a:

- informare sul ruolo svolto dall'Azienda rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini e assicurando la massima visibilità sull'efficienza e l'impegno;
- richiamare l'attenzione dei cittadini per la valutazione dei servizi erogati ed incrementare le iniziative di coinvolgimento;
- sviluppare una rete di collaborazione esterna con altri soggetti istituzionali per la valorizzazione di temi di interesse pubblico;
- rendere puntuale conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- garantire la massima trasparenza sull'andamento dell'Azienda.

Non va sottovalutato anche nell'ambito della trasparenza l'attenzione posta dall'Azienda verso i propri dipendenti al fine di incidere sul senso di appartenenza e motivazione creando un efficiente sistema di comunicazione interna fra tutti i soggetti dell'Azienda.

2.3.6.3.2 Uffici e dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma

I soggetti coinvolti nell'individuazione dei contenuti, nell'elaborazione e aggiornamento del Programma triennale, coerente con le strategie della Direzione Aziendale, sono:

- **la Direzione Generale** che definisce le linee strategiche e gli obiettivi da perseguire;
- **il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza** individuato con Delibera del Direttore Generale;
- **l'Organismo Indipendente di Valutazione** che, valuta lo svolgimento del processo, l'adeguatezza delle modalità di assegnazione degli obiettivi e la coerenza con le disposizioni del Sistema;
- **lo "Staff Trasparenza – Gruppo strategico direzionale"**, individuato con Delibera del Direttore Generale che supporta il Responsabile della Trasparenza nella fase di redazione, aggiornamento e attuazione degli adempimenti in materia trasparenza.

2.3.6.3.3 Modalità di coinvolgimento degli stakeholders e i risultati di tale coinvolgimento

L'Azienda ha già attuato politiche di coinvolgimento dei propri stakeholders che intende mantenere e potenziare, anche attraverso l'attivazione di nuove forme e strumenti che potranno presentarsi per la migliore gestione dei servizi da erogare.

Per quanto concerne la condivisione delle politiche di trasparenza, in prima applicazione, risulta necessario e dovuto il coinvolgimento della cittadinanza, quale interlocutore deputato alla tutela del diritto alla salute, mediante l'utilizzo dei vari strumenti di ascolto, comunicazione, informazione che possono facilitare il cittadino nell'esprimere la propria opinione sulla qualità dell'assistenza ricevuta. I cittadini vengono interpellati tramite:

- le indagini di customer satisfaction centrali e decentrate;
- l'elaborazione della Carta dei Servizi;
- la Gestione tavoli di lavoro (focus group) con erogatori sanitari, socio-sanitari e terzo settore;
- l'Audit civico;
- la raccolta di reclami, segnalazioni ed elogi;
- il monitoraggio dei dati di accesso al sito-web aziendale;
- le azioni positive del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;
- l'interazione con le diverse aree contrattuali (comparto, dirigenza medica-veterinari e sanitaria professionale tecnica e amministrativa);
- l'organizzazione della Giornata della Trasparenza;
- la consultazione pubblica per l'adozione e revisione del programma.

Anche nei confronti dei dipendenti, l'Azienda intende migliorare ed implementare la trasparenza dell'operato, attraverso un'informazione tempestiva, puntuale e capillare nella sezione intranet. Ad integrazione di quanto già evidenziato nella sezione relativa all'integrità, per quanto concerne il mondo economico e professionale, si intendono perseguire politiche di massima trasparenza e imparzialità.

Il presente piano rappresenta dunque il riferimento dei vari documenti Aziendali, che saranno ad esso collegati per la realizzazione delle iniziative descritte. E' attiva dall'anno 2014 una casella di posta elettronica dedicata: responsabile.trasparenza@aslcn1.it

2.3.6.4 Le iniziative di comunicazione della trasparenza

2.3.6.4.1 Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti in materia di trasparenza sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che l'Azienda pubblica. Occorre pertanto garantire la partecipazione degli stakeholders interni ed esterni alle iniziative per la trasparenza e l'integrità e la corretta diffusione delle informazioni al personale dipendente.

Le modalità formative individuate secondo la logica della diffusione e implementazione dell'esperienza e delle buone pratiche, da condursi anche sul campo, rivolte ai Soggetti Responsabili che alle figure di supporto, dovranno pertanto nel triennio 2025-2027 connotarsi, per una maggiore specificità, finalizzata al consolidamento di una reale e concreta capacità di applicazione e di trasferimento delle competenze all'interno dell'organizzazione.

Attività di promozione, diffusione e formazione	Destinatari	2025	2026	2027
Formazione <i>divulgativa</i> sulle tematiche etica-legalità in materia di trasparenza, integrità e anticorruzione	Dipendenti, Stakeholders	Evento formativo tipo convegno specifico in materia anche in modalità webinar e FAD	Evento formativo tipo convegno specifico in materia anche in modalità webinar e FAD	Evento formativo tipo convegno specifico in materia anche in modalità webinar e FAD
Formazione <i>specialistica</i> sulle tematiche etica-legalità in materia di trasparenza, integrità e anticorruzione	Dipendenti, Stakeholders	Evento formativo tipo convegno specifico in materia anche in modalità webinar e FAD	Evento formativo tipo convegno specifico in materia anche in modalità webinar e FAD	Evento formativo tipo convegno specifico in materia anche in modalità webinar e FAD
Questionari e sondaggi (online e cartacei)	Dipendenti, Stakeholders	Consultazione Pubblicazione adozione P.T./PIAO	Consultazione Pubblicazione adozione P.T./PIAO	Consultazione Pubblicazione adozione P.T./PIAO
Aggiornamento contenuti di trasparenza "interna" sulla Intranet Aziendale	Dipendenti	Diffusione news aziendali con riferimenti anche alla tematica "trasparenza" e/o indagini su tematiche da definire	Diffusione news aziendali con riferimenti anche alla tematica "trasparenza" e/o indagini su tematiche da definire	Diffusione news aziendali con riferimenti anche alla tematica "trasparenza" e/o indagini su tematiche da definire

Tutte le iniziative sopra indicate saranno ampiamente diffuse, attraverso la pubblicazione di news e approfondimenti nelle sezioni dedicate del portale Intranet.

2.3.6.4.2 Organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza

Le Giornate della trasparenza, espressamente previste dal decreto (art. 10, comma 6), sono strumenti di coinvolgimento degli stakeholders per la promozione e la valorizzazione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. Esse rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire due degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- a) la partecipazione dei cittadini per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- b) il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Per evitare, inoltre, che le Giornate della trasparenza si riducano a momenti di confronto occasionali le amministrazioni dovranno porre particolare attenzione sia all'attività preparatoria delle Giornate, sia a quella di elaborazione dei contenuti emersi dal confronto con i soggetti invitati. Per la preparazione delle Giornate sono di indubbio rilievo:

- a) l'individuazione dei soggetti esterni ed interni che si vogliono coinvolgere e le modalità nonché i criteri di selezione di tali soggetti. Si segnala, in proposito, che questi eventi, da un lato, possono essere rivolti a singole tipologie di stakeholder e, dall'altro, possono rappresentare un'occasione per raggiungere anche cittadini che, per motivi di diversa natura, non utilizzano tecnologie informatiche;
- b) la preparazione dei contenuti delle Giornate, eventualmente coinvolgendo in via preventiva gli stakeholders (interni ed esterni) - mediante, ad es., questionari ed incontri - per finalizzare l'organizzazione di tali Giornate alle concrete esigenze di conoscenza dei partecipanti;
- c) la possibilità di consentire interventi dei partecipanti e uno spazio adeguato al dibattito.

2.3.6.5 Processo di attuazione

In base a quanto contenuto nelle delibere (CiVIT), oggi Anac, sono state individuate nel presente documento i soggetti responsabili e le categorie di dati da pubblicare come di seguito riportato. La gestione degli obblighi di pubblicazione delle relative azioni viene effettuata con l'ausilio del supporto informatico (sito web) al fine di rendere completo ed esaustivo lo stesso e consentire al cittadino, al quale l'Azienda deve rendicontare, di fruire di tutti i documenti collegati. Le tempistiche di aggiornamento, ove non specificate, si intendono tempestive al rilevarsi della necessità di revisione.

L'allegato 4 – Sezione “Amministrazione Trasparente”, parte integrante e sostanziale della presente Sezione riporta gli obblighi di pubblicazione, per ognuna dei campi indicati dal D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. (Decreto trasparenza) e in particolare:

- Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie);
- Denominazione sotto-sezione 2 livello (tipologie di dati);
- Riferimento Normativo;
- Denominazione del singolo obbligo;
- Contenuti dell'obbligo;
- Aggiornamento;

- Soggetti responsabili in ogni fase del processo;
- Stato attuale di pubblicazione;
- Termini previsti per ogni singola fase di prima pubblicazione;
- Modalità di pubblicazione on-line;
- Cadenza periodica di monitoraggio e verifica.

•

2.3.6.5.1 Individuazione dei Dirigenti Responsabili della trasmissione, pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

I Dirigenti Responsabili della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati sono i Responsabili dei Servizi competenti opportunamente individuati sulla base degli obblighi elencati nell'allegato 4 – Sezione “Amministrazione Trasparente”. Inoltre, l'A.S.L. CN1 ha individuato i componenti del “Gruppo strategico direzionale” quali referenti per la trasparenza, che si coordinano secondo modalità specifiche, con il Responsabile della Trasparenza.

2.3.6.5.2 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

Le modalità di gestione del sito e di pubblicazione dei dati sono state articolate in fasi come segue:

- Stesura della sotto-sezione dedicata alle misure e obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza;
- Aggiornamento infrastruttura piattaforma informatica sezione “Amministrazione Trasparente” del sito internet aziendale secondo la normativa vigente;
- Analisi dei dati da pubblicare con tutti i servizi di competenza e il Gruppo Trasparenza;
- Predisposizione dell'allegato 4 – Sezione “Amministrazione Trasparente” elenco degli obblighi di pubblicazione;
- Modalità di pubblicazione on-line dei dati: pubblicazione diretta da parte del Soggetto Responsabile nelle sezioni di propria competenza, con il supporto del Servizio Informativo Direzionale, previa verifica da parte del Responsabile della Trasparenza;
- Protezione dei dati personali e sensibili: il codice in materia di protezione dei dati personali prevede che questa esigenza sia conformata al rispetto del principio di proporzionalità, i dati devono pertanto essere pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge - artt. 3 e 11 del Codice;
- Vigilanza sulla coerenza dei contenuti con le norme di legge, garantendo il rispetto di quanto previsto dall'art 54 del D. Lgs. 82/2005 “Codice dell'Amministrazione Digitale”;
- Verifica della completezza, tempestività e comprensibilità delle informazioni contenute nella sezione Amministrazione Trasparenza;
- Aggiornamento dei dati secondo le tempistiche stabilite.

Nelle strutture coinvolte, il Responsabile del Servizio è garante della pubblicazione dei dati di competenza, considerato che il medesimo è tenuto all'aggiornamento tempestivo delle informazioni contenute nella sezione illustrativa specifica della pagina internet descrittiva delle aree, risorse, orari etc.

2.3.6.5.3 Sistema di monitoraggio con l'individuazione dei Dirigenti Responsabili

Il monitoraggio e l'audit sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza sono svolti da soggetti interni all'amministrazione e dall'O.I.V. al fine di verificare la progressiva esecuzione delle attività programmate e il raggiungimento degli obiettivi, con cadenza annuale, semestrale e trimestrale.

In ottemperanza alle Linee Guida annuali ANAC, *l'Organismo Indipendente di Valutazione* svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità e in particolare promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

Considerato che tale attestazione costituisce strumento di verifica in merito all'effettivo adempimento degli obblighi di trasparenza, l'attività di monitoraggio l'Organismo Indipendente di Valutazione è focalizzata su un insieme delimitato di obblighi, ritenuti particolarmente rilevanti sotto il profilo economico e sociale, al fine di rendere tale attività al contempo maggiormente sostenibile ed efficace.

L'estratto in formato tabellare viene pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente", con le risultanze sui controlli effettuati nello specifico, in merito alla qualità, all'integrità, al costante aggiornamento, alla completezza, alla tempestività, alla semplicità di consultazione, alla comprensibilità, all'omogeneità, e alla facile accessibilità.

L'eventuale segnalazione di inadempimenti nell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, può dare luogo a responsabilità ai sensi dell'art. 11, comma 9 del citato Decreto.

L'ANAC – l'Autorità Nazionale Anticorruzione la cui missione istituzionale ai sensi del Decreto Legge n. 90/2014 convertito in Legge n. 114/2014, può essere individuata nella "prevenzione della corruzione nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, nelle società partecipate e controllate anche mediante l'attuazione della trasparenza in tutti gli aspetti gestionali, nonché mediante l'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione che potenzialmente possa sviluppare fenomeni corruttivi, evitando nel contempo di aggravare i procedimenti con ricadute negative sui cittadini e sulle imprese, orientando i comportamenti e le attività degli impiegati pubblici, con interventi in sede consultiva e di regolazione".

L'Azienda, per il tramite del Responsabile della Trasparenza effettua comunque audit periodici (con notifica a mezzo mail ai Soggetti aziendali cui afferiscono gli obblighi di trasparenza) per verificare l'aggiornamento tempestivo dei requisiti di pubblicazione a cadenza annuale, semestrale e/o trimestrale.

2.3.6.5.4 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"

Al fine di rilevare l'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente" si ritiene opportuno monitorare periodicamente l'andamento degli accessi al sito istituzionale nella sezione dedicata alla "trasparenza".

Il totale delle pagine del sito web visitate nell'anno 2024 risulta pari a **1.920.022** di cui quelle relative alla parte di amministrazione trasparente risultano essere **237.052 pari al 12,35%**.

Il "valore differenziale" che rileva l'effettivo utilizzo della sezione in argomento, ottenuto confrontando il volume degli accessi, rilevati nei piani negli anni precedenti, con il volume totale delle interazioni del cittadino con il portale istituzionale risulta essere:

- Anno 2014 pari a 1,52%
- Anno 2015 pari a 3,21%
- Anno 2016 pari a 3,70%
- Anno 2017 pari a 2,91%
- Anno 2018 pari a 2,21%
- Anno 2019 pari a 2,64%
- Anno 2020 pari a 2,83%
- Anno 2021 pari a 2,79%
- Anno 2022 pari a 4,21%
- Anno 2023 pari a 10,16%
- **Anno 2024 pari a 12,35%**

L'A.S.L. CN1 si riserva di utilizzare ulteriori strumenti sia tradizionali (es. la gestione dei reclami) e sia sistematici (es. somministrazione di questionari anonimi ai reparti/servizi aziendali con iter specifico sulla Sezione Trasparenza) al fine di rilevare l'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente", considerato che i risultati relativi alle rilevazioni potranno essere comunicati agli Stakeholders durante le Giornate sulla Trasparenza e comunque disponibili sul sito-web aziendale.

[2.3.6.5.5 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico "semplice" dell'accesso civico "generalizzato"](#)

Richiamato quanto già citato nei "principi generali" in merito all'istituto dell'accesso ai dati e documenti non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli artt. 5 e 5 bis del Decreto Legislativo. n. 33/2013, occorre evidenziare che questa nuova accezione si traduce, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto dati, documenti o informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Secondo quanto previsto dalle linee guida ANAC, nel corso dell'anno 2017, è stato adottato il Regolamento in materia di accesso civico e accesso generalizzato, approvato con deliberazione n. 282/2017 ed è stato istituito un registro delle richieste di accesso presentate.

Si ritiene utile proporre sul triennio 2025-2027, al fine di garantire la piena applicazione delle nuove disposizioni in materia di FOIA, un particolare approfondimento, anche formativo per i casi in cui si rende necessario applicare le esclusioni, i limiti e le tutele, previste nell'art. 5-bis, del Decreto Legislativo. 33/2013, ossia per delineare i casi di rifiuto necessari, nell'ottica di evitare un pregiudizio concreto alla tutela della protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa vigente in materia.

Si delinea pertanto come nuova tipologia, definita come “accesso civico generalizzato” che non sostituisce l’**accesso civico “semplice”** previsto dall’art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del Decreto Legislativo. 97/2016 (infatti l’accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall’inadempienza).

L’**accesso civico “generalizzato”** (autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione) deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell’accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d’ora in poi “accesso documentale”) le cui finalità sono differenti da quella sottesa all’accesso civico “generalizzato”. Infatti dal punto di vista soggettivo, ai fini dell’istanza di accesso *ex lege* 241 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «*interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l’accesso*», mentre il diritto di accesso civico “generalizzato” è riconosciuto proprio “*allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico*”.

L’A.S.L. CN1 assicura la disponibilità di **accesso civico “semplice”** a tutti i dati e/o documenti per i quali la normativa di riferimento prevede l’obbligo di pubblicazione sul sito-web aziendale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

L’istanza va presentata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza - RPCT, il quale è tenuto a concludere il procedimento di accesso civico con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni.

L’amministrazione, dopo aver ricevuto la richiesta, verifica la sussistenza dell’obbligo di pubblicazione e, in caso positivo, provvede alla pubblicazione dei documenti o informazioni oggetto della richiesta nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale.

Provvede, inoltre, a dare comunicazione della avvenuta pubblicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Se quanto richiesto risulta già pubblicato, ne dà comunicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale. Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo che, verificata la sussistenza dell’obbligo di pubblicazione, provvede alla pubblicazione e ad informare il richiedente.

La richiesta di accesso civico può essere presentata direttamente all’Ufficio Relazione con il Pubblico, oppure a mezzo posta elettronica, all’indirizzo protocollo@aslcn1.legalmailPA.it oppure a mezzo posta ordinaria, all’indirizzo “ASL CN1 Via Carlo Boggio, 12 – 12100 Cuneo (CN)”.

Contro la mancata o tardiva emanazione del provvedimento finale da parte dell’Amministrazione, il cittadino, prima del ricorso all’eventuale azione giudiziale e a garanzia della corretta azione amministrativa, può richiedere l’intervento del soggetto cui è stato attribuito il potere sostitutivo in caso di inerzia.

L’Asl CN1 ha individuato il Direttore Amministrativo, quale soggetto titolare del potere sostitutivo nei confronti del Funzionario responsabile del servizio che non abbia concluso nei termini di legge il procedimento per inerzia o ritardo.

L'esercizio del potere sostitutivo, con il riconoscimento della conseguente responsabilità disciplinare, amministrativa e contabile in capo al soggetto inadempiente, deve comunque essere sollecitato dal privato interessato al provvedimento, con una richiesta indirizzata al Direttore Amministrativo dell'Asl CN1 che, entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto, concluderà il procedimento attraverso le strutture competenti o con la nomina di un commissario.

Le richieste di intervento sostitutivo dovranno essere inoltrate al seguente indirizzo di posta elettronica: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, oppure potranno essere spedite per posta o consegnate a mano all'Ufficio Protocollo - ASLCN1, Via Carlo Boggio, 12, 12100-Cuneo.

2.3.6.6 Dati ulteriori

Al fine di favorire i meccanismi virtuosi che la stessa trasparenza produce sull'integrità dell'azione amministrativa, l'Azienda nell'ambito della propria discrezionalità e in relazione all'attività istituzionale espletata, individua ulteriori dati da pubblicare oltre a quelli espressamente previsti dalla normativa, come al momento:

- PNRR (PNRR Missione 5 – PNRR Missione 6);
- Responsabilità civile verso terzi;
- Formazione prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- Conservazione documenti informatici;
- Responsabile della Protezione dei Dati.

E propugna eventuali consultazione pubbliche oltre quella sull'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, oggi parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO.

Al fine di garantire livelli di trasparenza piena si ritiene possa essere utile intraprendere iniziative finalizzate a curare il miglioramento delle modalità di rappresentazione, anche grafica, dei dati con forme di pubblicazione innovative.

**ORGANIZZAZIONE
CAPITALE UMANO**



3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

In attuazione degli artt. 6 e 6-ter del D.Lgs. 165/01 e s.m.i. e del D.M. 8 maggio 2018, per il triennio 2022-2024 questa Azienda ha predisposto il Piano triennale dei fabbisogni di personale, secondo le indicazioni e la tempistica prevista nelle Linee di indirizzo fissate dalla Direzione Sanità e Welfare della Regione. Il piano è stato approvato dalla Regione Piemonte, senza modifiche, con la D.G.R. n. 30-7328 del 31/07/2023.

Con deliberazione aziendale n.275 del 28/08/2023 è stato adottato il suindicato Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) dell'A.S.L. CN1 Triennio 2022-2024 (allegato al presente Piano).

Per quanto concerne i trienni 2023-2025, 2024-2026 e 2025-2027, l'adeguamento del piano dei fabbisogni sarà effettuato secondo le indicazioni e le scadenze temporali definite dalla Regione Piemonte con D.G.R. n.33-538 del 16/12/2024.

3.1 Organizzazione del lavoro agile

Con il decreto interministeriale del Ministro della Pubblica Amministrazione e del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 30 giugno 2022, è stato emanato il regolamento attuativo del PIAO (piano integrato attività e organizzazioni) per le Pubbliche Amministrazioni.

Riguardo al lavoro agile, a termini del citato Decreto, in coerenza con la definizione degli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale, ciascun Piano deve prevedere:

- 1) che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non pregiudichi in alcun modo o riduca la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- 2) la garanzia di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;
- 3) l'adozione di ogni adempimento al fine di dotare l'amministrazione di una piattaforma digitale o di un cloud o, comunque, di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
- 4) l'adozione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove presente;
- 5) l'adozione di ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta.

In data 02/11/2022 è stato sottoscritto il nuovo CCNL del Personale del Comparto Sanità che, agli artt.76 – 80 contiene la specifica disciplina del lavoro agile riferita al personale non dirigenziale dipendente degli enti e delle aziende del SSN.

Nell'anno 2024, l'Azienda, nel rispetto delle richiamate disposizioni di legge e contrattuali, previo confronto con le OO.SS. e la R.S.U. del Personale del Comparto, ha predisposto la bozza del Regolamento finalizzato a disciplinare in termini generali l'effettuazione del lavoro agile in Azienda da parte del personale non dirigenziale e ad individuare in modo sistematico le attività effettuabili in modalità agile, tenendo conto in particolare delle peculiarità proprie dell'Azienda Sanitaria -

correlate alla sua “mission” di erogazione di servizi sanitari ai cittadini - che la differenziano da altri enti pubblici che effettuano attività prevalentemente amministrative e/o tecniche. Il Regolamento sarà approvato nei primi mesi del 2025.

Una volta approvato il citato Regolamento, l’obiettivo per gli anni 2025 e seguenti sarà quello di dare attuazione all’istituto del lavoro agile, per il Personale del Comparto, nel rispetto delle disposizioni contrattuali e di legge che disciplinano e/o disciplineranno l’istituto stesso.

In particolare, sarà data puntuale applicazione ai seguenti articoli del citato CCNL 02/11/2022:

- Art.77, relativo all’accesso al lavoro agile;
- Art.78, che disciplina il correlato accordo individuale sottoscritto con l’Azienda dal lavoratore;
- Art.79, riferito all’articolazione della prestazione in modalità agile e al diritto alla disconnessione;
- Art.80, in materia di formazione nel lavoro agile.

Si segnala infine che, rispettivamente in data 23/01/2024 e 16/07/2024 sono stati sottoscritti i CC.CC.NN.LL. dell’Area Dirigenziale Sanità e dell’Area Dirigenziale Funzioni Locali, che contengono parimenti la disciplina generale del lavoro agile per le Aree in questione.

Nell’anno 2025, in analogia con il percorso seguito per il Personale del Comparto, l’Azienda procederà anche per le Aree Dirigenziali, nel rispetto delle richiamate disposizioni di legge e contrattuali, previo confronto con le OO.SS. di Area, a predisporre la bozza del Regolamento finalizzato a disciplinare in termini generali l’effettuazione del lavoro agile in Azienda da parte del personale dirigenziale e ad individuare in modo sistematico le attività effettuabili in modalità agile, anche in questo caso tenendo conto in particolare delle peculiarità proprie dell’Azienda Sanitaria - correlate alla sua “mission” di erogazione di servizi sanitari ai cittadini - che la differenziano da altri enti pubblici che effettuano attività prevalentemente amministrative e/o tecniche.

3.2 Formazione

Nell’ambito della valorizzazione del proprio personale dipendente, l’Azienda definisce un Piano annuale della Formazione corredato da uno specifico Budget; in particolare per l’anno 2024 è stato approvato con Deliberazione n° 419 del 29/12/2023.

Il Piano è stato elaborato a partire dalle esigenze formative raccolte per individuare le reali necessità rispetto al ruolo professionale, alle specifiche attività sanitarie, alla tipologia di risposte assistenziali nonché alle problematiche esistenti alla luce degli obiettivi nazionali, regionali e aziendali di riferimento.

Il Piano è stato declinato in progetti formativi realizzati nelle diverse metodologie previste dalla Commissione ECM comprendenti la formazione residenziale, Formazione sul campo e Fad (Formazione a Distanza)

Alla data del 20/01/2025 le attività di consuntivazione sono ancora in corso; nei seguenti i dati parziali estrapolati da Portale ECM indicano che, nel corso dell’anno 2024, a fronte di 341 corsi programmati, ne sono stati erogati 323 di cui 168 residenziali, 46 formazioni sul campo, 33 corsi FAD, 2 blended e 74 corsi non accreditati per un totale di oltre 900 edizioni.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N° corsi	214	259	244	255	260	232	237	248	194	204	269	323
N° edizioni	518	633	725	619	792	771	685	381	482	484	700	circa 900 (in attesa di chiusura)
N° partecipanti effettivi	12.454	16.934	12.495	12.229	15.568	13.281	18.330	18.325	17.588	16.333	24.296	In attesa di chiusura

Alla data odierna raggruppando i corsi sulla base degli ambiti e obiettivi indicati nella Delibera di programmazione n. 419/2024 è possibile sintetizzare i dati come indicato nella tabella seguente:

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		Corsi previsti	Corsi svolti
A COMUNICAZIONE E RELAZIONE	7	La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato	6	area giuridico - normativa	4	1
	12	Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure	1	area comunicazione e relazione	12	11
	16	Etica, bioetica e deontologia	10	area etica e deontologica	1	1
B SVILUPPO ORGANIZZATIVO E QUALITA'	1	Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)	9	area metodologica	4	2
	3	Documentazione clinica. Percorsi clinico – assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura	8	area qualità e risk management	9	13
	11	Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	7	area gestionale e manageriale	17	13
	14	Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizioni di nozioni di processo.	8	area qualità e risk management	3	2
	17	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acqui	6	area giuridico - normativa	6	1
C RISK MANAGEMENT E SICUREZZA	6	Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale	8	area qualità e risk management	12	8
	27	Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione	21	area sicurezza ambienti di vita e luoghi di lavoro	43	34
D PREVENZIONE CURE PRIMARIE E SALUTE MENTALE	10	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali	19	area prevenzione e promozione della salute	14	13
	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	3	area salute mentale	11	9
	20	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	3	1

AMBITO AZIENDALE	OBIETTIVO NAZIONALE		OBIETTIVO REGIONALE		Corsi previsti	Corsi svolti
		nozioni di tecnico-professionali				
	22	Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcol e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari e socio-assistenziali.	2	area cure primarie e cure domiciliari	6	5
			3	area salute mentale	14	9
			4	area materno infantile e dell'adolescenza	15	12
			5	area delle dipendenze	4	5
			29	area salute e medicina di genere	1	2
	23	Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	7	6
24	Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	20	area igiene - sanità pubblica e veterinaria	3	1	
E EMERGENZA URGENZA	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	18	area emergenza ed urgenza	39	41
F MEDICO, CHIRURGICO E RIABILITATIVO	18	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la malattia di genere.	4	area materno infantile e dell'adolescenza	20	4
			11	area specialità chirurgiche	14	13
			12	area specialità mediche	27	15
			15	area diagnostica	8	5
	28	area riabilitazione	25	16		
	21	Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione	2	area cure primarie e cure domiciliari	3	3
25	Farmaco epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza	16	area farmaceutica e tossicologica	2	2	
TOTALE					341	302

Particolare impegno è stato speso nella realizzazione di iniziative formative derivanti dal PNRR per lo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario; in particolare sono stati realizzate n° 12 edizioni di un corso di formazione specifico in materia di infezioni ospedaliere che ha coinvolto con superamento della prova di apprendimento oltre 600 professionisti sanitari.

Parallelamente sono state portate avanti le iniziative promosse dal Dipartimento della Funzione Pubblica, sul Portale Syllabus, al fine di sviluppare le competenze necessarie per affrontare le sfide dell'innovazione digitale. In particolare, è stato assegnato il percorso relativo alla transizione digitale ai dipendenti di ruolo amministrativo e tecnico non sanitario (oltre 700 operatori), mentre i percorsi relativi alla transizione ecologica ed amministrativa hanno coinvolto il personale di strutture specifiche quali la SC Servizio Tecnico, la SS Acquisti, la SC Logistica e Direzione amministrativa dei Presidi Ospedalieri e la SS Innovazione e Sicurezza Informatica

Per quanto attiene la formazione fuori sede realizzata nel corso dell'anno 2024 i dati estratti sono ancora parziali e registrano che sono state autorizzate 4.955 partecipazioni alle attività formative fuori sede come estrapolato dal Portale ECM della Regione Piemonte: alla chiusura dei dati definitivi verrà verificato il raggiungimento medio di crediti per Area contrattuale come previsto dai CCNLL vigenti.





4 MONITORAGGIO

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione si conclude con la descrizione dei sistemi di monitoraggio dei risultati, che dovranno prevedere controlli con cadenza periodica, per ciascuna area del Piano, ciascuno secondo le regole definite dal legislatore che concentra l'attenzione sul tema del monitoraggio sia delle singole sezioni che lo compongono sia dell'intero PIAO.

L'importanza degli esiti del monitoraggio sono le fondamenta per la progettazione futura e quindi elemento imprescindibile di miglioramento progressivo del sistema. Il monitoraggio è concepito come la base informativa necessaria per un Piano che sia in grado di anticipare e governare le criticità, piuttosto che adeguarsi solo a posteriori.

Come si è detto sin dall'inizio del progetto è molto importante per l'Azienda disporre delle informazioni necessarie a quantificare in modo appropriato gli output e i risultati raggiunti e tenere sotto controllo l'avanzamento verso i target attesi.

Lo strumento della programmazione è infatti completo nel momento in cui il management è in grado di monitorare il livello di performance raggiunto confrontando i risultati ottenuti con gli obiettivi programmati, anche al fine di identificare le azioni correttive per garantire la performance attesa. Le diverse modalità di indagine e di raccolta dei target raggiunti, che includono anche gli impatti sugli utenti, attraverso le rilevazioni della soddisfazione dell'utenza, sono descritte in ciascuna delle aree del Piano, e vengono qui di seguito riassunte.

Per il monitoraggio e la misurazione effettiva delle attività in cui vengono tradotte le componenti di **Valore Pubblico**, è fondamentale verificare le azioni programmate dall'Azienda e tradurle in tempistiche di attuazione, così da monitorarne il miglioramento durante un lasso di tempo prestabilito. In particolare, le azioni che si sono illustrate sono da misurarsi nell'arco temporale del triennio 2025-2027, annualità cui il presente PIAO si riferisce.

Tuttavia ci deve cercare di coniugare la necessità di monitorare annualmente gli obiettivi di Valore Pubblico con, ad esempio, gli obiettivi europei dell'Agenda 2030, o con altri indicatori che hanno una tempistica che va oltre l'anno. A tal proposito, quello che risulta importante è la necessità di un sistema di monitoraggio che consenta azioni correttive tempestive e che permetta di rilevare prontamente eventuali criticità nel percorso. Queste si rifletteranno nel passaggio da un PIAO all'altro, ma potrebbero anche intervenire in corso d'anno, se il cambiamento del contesto esterno o del contesto interno all'Azienda è tale da richiedere un cambio di rotta.

Il monitoraggio della Sottosezione **Performance** è stabilito secondo le modalità definite dal decreto legislativo n. 150 del 2009 per il Piano della performance. Il sistema è definito nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e distingue diversi attori che partecipano al monitoraggio: l'Organismo Indipendente di Valutazione, i Dirigenti e la Direzione dell'Azienda, i cittadini e gli stakeholder interni ed esterni dell'ASL CN1. La verifica della performance organizzativa, attraverso l'analisi degli obiettivi di budget, è organizzata attraverso il ciclo della performance, che prevede tre fasi fondamentali:

- a) un controllo di andamento infrannuale che consente di riorientare la progettualità prima di raccogliere i risultati definitivi: in esso i Relazionanti aziendali sono responsabilizzati a raccogliere informazioni e a consuntivare i risultati sia ad uso interno, sia come stato complessivo all'OIV;
- b) una fase di valutazione a carico innanzitutto dell'OIV che, attraverso le informazioni e la documentazione fornita dai Relazionanti aziendali, esprime il giudizio di valutazione dell'andamento di ciascun obiettivo per ciascuna struttura aziendale;
- c) in ultimo, la Direzione Generale approva le valutazioni dell'OIV.

I risultati della performance organizzativa sono utilizzati anche per la valutazione della performance individuale che annualmente si compone delle schede di valutazione individuale e che comprende sia i risultati raggiunti nell'ambito della struttura sia gli aspetti comportamentali e qualitativi.

I risultati complessivi sia della performance organizzativa sia della performance individuale sono composti nella Relazione sulla Performance che viene deliberata dall'Azienda e approvata dall'OIV. In essa confluiscono anche gli aspetti di soddisfazione degli utenti, di valutazione partecipativa e di attenzione agli stakeholder che vengono richiamati esplicitamente nel sistema delle Prospettive e Dimensioni che caratterizzano gli obiettivi ed inoltre costituiscono il fondamento per la ricerca del valore pubblico che ispira la definizione degli obiettivi di budget.

Da punto di vista della misurazione e valutazione della performance, si possono individuare indicatori sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance:

1. indicatori riferiti allo stato di implementazione, i quali sono utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile nell'organizzazione e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo dello stesso nella medesima organizzazione, nelle modalità e con i limiti fissati dalla vigente normativa;
2. indicatori riferiti alla performance organizzativa che sono utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi aziendali;
3. indicatori riferiti alla performance individuale che forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali.

I contenuti del presente documento, per quanto attiene agli anni 2025 e seguenti, saranno ulteriormente implementati con gli aggiornamenti annuali del Piano della Performance, secondo una logica di evoluzione programmatica e di adattamento agli eventuali ulteriori mutamenti del quadro normativo. Va infatti considerato che il rispetto dei tempi della stesura del P.I.A.O. non consentono di allegare al medesimo il dettaglio degli obiettivi delle schede di budget (che saranno considerate definitive dopo la negoziazione e saranno in tale occasione deliberate) ed inoltre potranno essere necessari aggiustamenti, correzioni, revisioni della programmazione, che saranno recepiti nelle revisioni del P.I.A.O..

La Sottosezione **Formazione**, regolata dal sistema ECM della Regione Piemonte, viene sottoposta a monitoraggio periodico sia per quanto riguarda i costi sia per l'attività formativa svolta in sede e fuori sede. Viene, inoltre, tenuta presente la percentuale di utilizzo di formatori interni ed esterni.

4.1 Prevenzione della Corruzione – Trasparenza

Il monitoraggio della Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO avviene secondo le modalità previste dalla normativa vigente e le indicazioni dell'ANAC. Il ciclo di gestione del rischio

è completato appunto dell'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione della corruzione, definita nella sopra citata sezione e delle relative misure.

Concorrono a garantire l'azione di monitoraggio, oltre al RPCT, i Referenti delle Macro-aree, i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali e l'OIV nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Per garantire l'efficace attuazione e l'adequatezza della Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO il sistema di monitoraggio, dettagliatamente descritto nell'apposito paragrafo della Sezione stessa, dalla pagina 218, è articolato su un triplice ordine di ambiti: sul ciclo di gestione del rischio; sull'attuazione delle misure di prevenzione e sull'efficacia del Piano e delle misure, misure tra le quali rientra anche il Codice di comportamento.

Si evidenzia che anche nel 2024 come in tutti gli anni, a partire dal 2014, è stato richiesto ai Direttori/Responsabili di tutte le Strutture aziendali di effettuare il monitoraggio sull'attuazione del Codice di Comportamento e la redazione di una Relazione annuale sullo Stato di attuazione del Piano di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza all'interno della Struttura o Dipartimento di riferimento.

Le risultanze dei monitoraggi sono pubblicate sul sito istituzionale e figurano anche tra gli allegati della Sezione Prevenzione della corruzione e Trasparenza del PIAO.

Allegati:

SEZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

- I. All.to 1_Catalogo dei Processi_SezAnticorrTrasp-PIAO 25-27.pdf*
- II. All.to 2_Valutazione Rischi corruttivi_SezAnticorrTrasp-PIAO 25-27.pdf*
- III. All.to 3_Tabella delle Misure obbligatorie ed ulteriori_SezAnticorrTrasp-PIAO 25-27.pdf*
- IV. All.to 4_SezTrasp_PIAO 25-27.pdf*
- V. All.to 5_SezAnticorrTrasp-PIAO 25-27_Relazione RPCT_Mod ANAC_2024.pdf*
- VI. All.to 6_SezAnticorrTrasp-PIAO 25-27_Relazione RPCT Codice Comp-to_2024.pdf*
- VII. All.to 7_SezAnticorrTrasp-PIAO 25-27_MonitAzioniPrev su Strutt_al 31-12-2024.pdf*

SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Delibera n. 275 del 28/08/2023 "ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE (PTFP) DELL'A.S.L. CN1 TRIENNIO 2022-2024."

SEZIONE FORMAZIONE

Deliberazione n. 599 del 30/12/2024 recante "PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO DELL'ASL CN1 PER L'ANNO 2025 - PIANO FORMAZIONE E BUDGET FORMAZIONE - DOTAZIONE TOTALE ASSEGNATA ALLA FORMAZIONE € 450.000,00"