

<p>Regione Piemonte</p>  <p>AO S. Croce e Carle - Cuneo</p>	<p>PIAO 2023</p> <p>Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024:</p> <p>aggiornamento anno 2023.</p>	<p>Data di emissione: 17.01.2023</p> <p>Rev. 0</p>
<p>Stesura</p> <p>Gruppo di lavoro: Guano Gianluigi Ruatta Luisa Somale Nadia</p>	<p>Verifica e approvazione</p> <p>Direttore Generale: Azzan Elide</p>	<p>Emissione e pubblicazione</p> <p>Responsabile Controllo di Gestione: Guano Gianluigi</p>

Sommario

PREMESSA	2
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
Sintesi dei maggiori dati aziendali di contesto interno	8
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	17
Sottosezione di programmazione: Valore pubblico	17
Sottosezione di programmazione: Performance	22
Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza	39
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	60
Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa	60
Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile	68
Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale	69
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	89
RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI	95
ALLEGATI	95
LISTA DI DISTRIBUZIONE	96

PREMESSA

Riferimenti normativi e obiettivi

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2022 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 (d'ora in poi PIAO). L'AO S.Croce e Carle di Cuneo è soggetta a questo adempimento.

Il PIAO ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le Amministrazioni, racchiudendoli in un unico atto al fine di:

- assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa
- procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi
- migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese.

Il DPR n. 81 del 24 giugno 2022 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato in GU n.151 del 30-6-2022 e vigente al 15-7-2022 ha chiarito¹ come non possano più essere considerati da alimentare i precedenti documenti di pianificazione:

- Piano dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6, commi 1, 4, 6, e art. 6-ter del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Piano delle azioni concrete, di cui all'art. 60 bis, comma 2, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, di cui all'art. 2, comma 594, lett. a) della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- Piano della performance, di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) e comma 1 ter del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui all'art. 1, commi 5, lett. a) e 60, lett. a) della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Piano organizzativo del lavoro agile, di cui all'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124;
- Piano di azioni positive, di cui all'art. 48, comma 1, del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

Il Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 ha definito il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, cui tutte le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti devono conformare il documento alla struttura e alle modalità redazionali indicate nell'atto legislativo, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del presente decreto.

Il PIAO è riferimento essenziale anche per i requisiti di Accreditamento Istituzionale previsti dalla Regione Piemonte.

E' infatti il documento che descrive:

- azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione e verifica,
- il sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati

I documenti di monitoraggio del PIAO contengono:

- l'evidenza della messa in atto del/dei programma/i
- la pianificazione delle azioni correttive in caso di mancato raggiungimento e in presenza di criticità

¹ art. 1, comma 1 (DPR 81/2022 «Soppressioni»)

- l'esito dell'attivazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Arco temporale

L'arco temporale di riferimento della pianificazione coincide con il mandato della Direzione (2021-2024) ed il presente documento si focalizza sull'anno 2023.

Redazione del PIAO

In seguito all'approvazione del nuovo Atto Aziendale² è stato confermato il Gruppo di lavoro deputato alla redazione e monitoraggio del PIAO³. Il coordinatore del gruppo di lavoro è il Responsabile della Struttura Controllo di Gestione che è anche il Coordinatore del Comitato Budget e il RPCT in carica.

Prima di accingersi alla predisposizione del documento e il monitoraggio degli obiettivi previsti la FPCT ha acquisito una specifica formazione attraverso alcuni moduli on line messi a disposizione da diversi organizzatori pubblici (DFP, ANAC, Università) e privati, sulla scorta della quale ha predisposto una matrice di raccolta delle informazioni attese. Il confronto sulle maggiori tematiche nello specifico ambito sanitario è avvenuto a livello regionale e nazionale.

Il Piano è predisposto esclusivamente in formato digitale⁴ ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri⁵ e sul sito istituzionale di ciascuna amministrazione nell'area Amministrazione Trasparente⁶.

Nell' allegato Terminologia, acronimi e sigle sono contenute le sigle di maggior utilizzo nei documenti aziendali. Tale documento viene progressivamente alimentato con le aggiunte e modifiche che si renderanno necessarie.

La prospettiva triennale insita nel PIAO consente, fermo restando gli adattamenti conseguenti all'adozione del nuovo Atto Aziendale ed in funzione della riassegnazione di molti incarichi aziendali, di programmare un percorso di sviluppo in cui rendere sempre più integrato il sistema che il PIAO dovrebbe rappresentare, stabilendo per ogni azione essenziale che operativizzi le sottosezioni:

- la figura responsabile,
- gli obiettivi (*milestone* e finali),
- le modalità attuative,
- gli indicatori di monitoraggio intermedi e finali che possano, in un'ottica prima aziendale e poi sempre più allargata al contesto territoriale nel quale prioritariamente l'Azienda insiste (Regione Piemonte, ASLCN1, Area Omogenea Piemonte Sud Ovest, Comune di Cuneo e Servizi Sociali zonali) di migliorare la conoscenza dei bisogni delle persone che si rivolgono all'ospedale,
- l'offerta (*input*) che l'Azienda fa,
- la distanza tra richiesta e risposta (*output*),
- l'individuazione di indicatori di *outcome* che, attraverso modalità sempre più partecipate con gli *stakeholders*, possano consentire di misurare gli impatti sulla salute della popolazione e la realizzazione della *mission* ospedaliera.

Attraverso questo confronto sinergico e costante può scaturire una reale co-costruzione di Valore Pubblico, in cui l'Azienda ed i suoi operatori svolgono una parte significativa, effettuando periodicamente un riesame reale di che cosa andrebbe modificato in ottica di miglioramento continuo (PDCA) e di fattibilità che attraverso una comunicazione trasparente, efficace ed efficiente consenta di

² Delibera n. 394 dell'11.08.2022 in <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

³ Delibera n. 322 del 30.06.2022 in <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

⁴ art 7 DPR n. 132 del 30.06.2022

⁵ <https://piao.dfp.gov.it/plans> digitando AZIENDA OSPEDALIERA SANTA CROCE E CARLE

⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

convivere in maniera positiva e dinamica, rafforzando i punti di riferimento per il benessere sociale nell'ordinarietà e nelle eventuali emergenze che potrebbero presentarsi.

Il PIAO⁷ elaborato ai sensi del decreto 30.06.2022 assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria. L'art. 2, comma 2 del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, convertito in Legge n. 113/2021, pubblicato in data 30 giugno 2022, ha escluso dal PIAO tutti gli adempimenti di carattere finanziario non contenuti nell'elenco di cui all'articolo 6, comma 2, lettere da a) a g), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80. Tuttavia ritenendo inscindibili gli aspetti economici da quelli di programmazione previsti dal PIAO, l'Azienda gestisce la valutazione delle risorse complessive per raggiungere gli obiettivi e condurre le diverse attività ed il monitoraggio del consumo delle stesse in maniera integrata e complessiva.

Il coinvolgimento degli stakeholders

I soggetti maggiormente coinvolti nelle diverse fasi di adozione e monitoraggio del PIAO sono:

- la Direzione aziendale: Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- il Collegio di Direzione;
- i Direttori, i Responsabili ed i Referenti da questi individuati nelle Strutture maggiormente coinvolte nella valutazione del rischio corruttivo e negli adempimenti relativi alla trasparenza;
- il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA);
- il Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione;
- il gestore delle segnalazioni per l'antiriciclaggio (Referente antiriciclaggio);
- il Responsabile della transizione digitale (RTD);
- il Data Protection Officer (DPO);
- il Referente unico aziendale PNRR - missione 6
- la Conferenza di Partecipazione;
- il Comitato Unico di Garanzia (CUG)
- la Funzione Qualità ed Accreditamento (FQA).

Il Collegio Sindacale interviene nel momento in cui il documento viene acquisito con apposito provvedimento.

Nella seconda settimana di ottobre si è provveduto ad una prima richiesta ufficiale di dati e proposte, indirizzata ai Responsabili delle strutture maggiormente coinvolte e livello centrale alla pianificazione delle azioni più significative per il raggiungimento dei macro-obiettivi connessi, da un lato, al mandato del Direttore Generale e dall'altro alle linee di azione prevedibili in questa parte dell'anno.

Nella seduta dell'OIV dell'11.11.2022 il referente PIAO, contemporaneamente Responsabile della Struttura Controllo di Gestione e RPCT, ha illustrato i passaggi che l'Azienda intenderà compiere per la redazione del PIAO 2023 e per il monitoraggio dell'edizione precedente, ottenendone parere favorevole.

L'arco temporale di riferimento per il PIAO, coincidente con il mandato dell'attuale Direzione, è contraddistinto per quanto riguarda il coinvolgimento degli *stakeholders*, anche dalle azioni legate alla progettazione e realizzazione del nuovo ospedale. In data 30.11.2022 si è tenuta la Conferenza di Intenti, come presa d'atto che serve a condividere percorsi e obiettivi a cui faranno seguito gli atti delle

⁷ art. 8 del DPR n. 132 del 30.06.2022

conferenze di servizio". La Conferenza rappresenta lo spazio di incontro tra pubbliche amministrazioni su un tavolo comune, per poter meglio risolvere i problemi e confrontarsi su tematiche comuni, semplificando e razionalizzando i procedimenti che prevedono il rilascio dei cosiddetti "atti di assenso" (autorizzazioni, nulla osta, pareri, ecc.) necessari, ad esempio, per la realizzazione di nuovi interventi, sia pubblici che privati. Dopo la presentazione dell'ipotesi progettuale i rappresentanti istituzionali, degli Ordini professionali, degli Enti di assistenza dei pazienti, delle Fondazioni, delle Associazioni datoriali e degli Enti locali hanno sottoscritto il protocollo che conferma l'intesa raggiunta per la realizzazione del nuovo Ospedale nell'area in parte oggi occupata dal presidio Carle, che sarà parzialmente recuperato e connesso al nuovo impianto. Gli elementi emersi in sede di Conferenza circa i riferimenti progettuali, le eventuali criticità da affrontare, la sostenibilità dell'intervento, saranno oggetto di approfondimento congiunto sino a pervenire ad una sintesi in sede istruttoria, progettuale e realizzativa. L'AO, che è la stazione appaltante dell'opera, procederà con il raffronto tra le diverse ipotesi prospettate (Inail, partenariato pubblico privato, gara tradizionale), in relazione sia al periodo di costruzione, sia all'attivazione vera e propria del nuovo Ospedale, considerando gli aspetti economici, giuridici e tecnici. Parallelamente, si procederà anche all'analisi clinico-gestionale del progetto presentato dalla Società INC, sia attraverso professionisti dell'Azienda, sia con il supporto di esperti di specifica competenza individuati con convenzioni con altre Aziende Sanitarie. Gli *advisor* pubblici incaricati con gara di analizzare il quadro finanziario, indicheranno quale sarà la forma di finanziamento più conveniente per la Pubblica Amministrazione, dopo di che si potrà aprire l'iter per il bando del progetto.

Adozione del PIAO

La bozza del PIAO composta con le informazioni pervenute a fine novembre 2022, inserite secondo l'adattamento dello Schema tipo, analizzato con la Direzione Generale è stato posto in consultazione sul sito internet e intranet aziendale dal 13.12.2022 al 31.12.2022. In occasione della Giornata della Trasparenza 2022 l'Azienda ha messo a disposizione di tutti gli *stakeholders* attraverso il portale e la rete interna una presentazione multimediale⁸ che spiega che cosa è il PIAO ed il percorso intrapreso dall'Azienda per la sua redazione, al fine di facilitare una partecipazione effettiva alla consultazione. Le osservazioni e le proposte di modifica e integrazione, nonché gli elementi acquisiti dalle Strutture aziendali durante il periodo di consultazione sono state valutate dal gruppo di lavoro preposto alla redazione del PIAO e sottoposte alla Direzione, al fine di pervenire alla stesura definitiva. Non sono state inserite modifiche sostanziali tali da richiedere un nuovo coinvolgimento dell'OIV che ha dato la sua approvazione al documento in consultazione ed al quale è stato nuovamente inviato nella stesura finale.

Il PIAO⁹ è adottato dal Direttore Generale, come organo di indirizzo politico¹⁰ con apposito provvedimento.

Le attività previste dalla normativa vigente¹¹ sono svolte dall'AO nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili.

Come previsto dal DFP il Piano viene pubblicato contestualmente all'adozione del provvedimento sul Portale PIAO¹².

In assenza di specifiche indicazioni sulla sezione di Amministrazione Trasparente del portale aziendale in cui debba essere pubblicato si decide di radicarlo nell'area Performance e di linkare¹³ da questa a tutte le sezioni a cui si riferiscono le sottosezioni che sostituiscono i documenti precedentemente in uso (Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; Organizzazione/Articolazione degli uffici/Cug; Disposizioni generali) al fine di facilitarne il reperimento anche attraverso la comune funzione generalista "cerca" accessibile da tutte le pagine del portale.

⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

⁹ art. 11 del DPR n. 132 del 30.06.2022

¹⁰ art. 10 del DPR n. 132 del 30.06.2022

¹¹ art. 14 del DPR n. 132 del 30.06.2022

¹² <https://piao.dfp.gov.it>

¹³ Art. 9 del D.lgs. 33/2013

Modifiche al PIAO

Il PIAO adottato verrà progressivamente implementato con allegati e link che ne sostanzino e documentino la progressiva attuazione, anche al fine di ottimizzare le informazioni da utilizzare per il monitoraggio.

Il presente documento potrà essere aggiornato in caso di variazioni sostanziali all'organizzazione ed ai meccanismi di gestione qui descritti.

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Tabella n.1: Scheda anagrafica Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo

Denominazione	Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo
Indirizzo	via Michele Coppino 26, 120100 Cuneo
pec	aso.cuneo@cert-legalmail.it
Sito internet	www.ospedale.cuneo.it
CF/P.IVA	01127900049
Codice IPA	aoscc_cn

Informazioni dettagliate sono reperibili sul sito web aziendale¹⁴, nelle Pubblicazioni per il cittadino¹⁵ a partire dalla Carta dei Servizi¹⁶ e in Amministrazione Trasparente¹⁷.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle:

- è attiva dal 1 gennaio 1995, deriva dall'unificazione e aziendalizzazione dei due presidi ospedalieri della ex-U.S.S.L. 58 di Cuneo, l'Ospedale Civile S.Croce, posto nel centro cittadino di Cuneo e l'Ospedale Pneumologico Antonio Carle, situato nella frazione Confreria. Costituiscono ulteriori dislocazioni operative dell'Azienda le sedi amministrative di Corso Brunet 19 A in Cuneo, in cui sono collocati gli uffici di Direzione e la maggior parte delle strutture tecniche ed amministrative e la sede della Direzione Sanitaria di Presidio e altri uffici in Via Monte Zovetto 18 in Cuneo;
- ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 1- bis del D.Lgs. n. 229/1999, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale con D.P.G.R. 29.12.1994 n. 5533. E' Ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione ai sensi del D.P.C.M. 23.04.1993;
- è inserita nel Sistema Sanitario della Regione Piemonte, come confermato dalla Deliberazione del Consiglio Regionale 22 ottobre 2007, n. 136-39452;
- svolge ruolo di presidio di base per i cittadini residenti nel Distretto di Cuneo, in stretta correlazione con i servizi territoriali;
- è ospedale HUB nell'ambito dell'Area Omogenea del Piemonte Sud Ovest e della Rete di emergenza-urgenza ed è sede di DEA II livello;
- eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero in area medica e in area chirurgica, in elezione e in urgenza, in regime di ricovero ordinario e di day hospital/day surgery e ambulatoriale;
- con DGR n. 51-2485 del 23/11/2015 e ss.mm.ii, l'Azienda è stata individuata come Centro di Riferimento regionale per le seguenti patologie oncologiche: tumore della mammella, tumore del colon retto, tumori dello stomaco, tumori dell'esofago, tumori del pancreas e delle vie biliari, tumori del fegato, tumori ginecologici (GIC unico interaziendale), tumori cutanei, tumori toracopolmonari, tumori della testa e del collo, tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine,

¹⁴ www.ospedale.cuneo.it

¹⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

¹⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico/carta-dei-servizi/>

¹⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=230>

tumori urologici, tumori del sistema nervoso, tumori ematologici (leucemie acute, linfomi, mielomi, disordini linfoproliferativi cronici, sindromi mielodisplastiche);

- alcune Strutture, servizi o funzioni rappresentano specialità uniche o di riferimento in ambito provinciale: Anestesia e Terapia Intensiva Cardio-Toraco-Vascolare, Cardiochirurgia, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Ematologia, Malattie Infettive e Tropicali, Neuroradiologia, Medicina Nucleare, Neurochirurgia, Radiologia Interventistica, Terapia Intensiva Neonatale.

La Deliberazione della Giunta Regionale 7 ottobre 2022, n. 19-5756¹⁸, previa verifica della coerenza alla programmazione regionale e alla normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione aziendale e con gli atti aziendali delle AA.SS.RR. del medesimo ambito territoriale sovrazonale, ha approvato l'Aggiornamento dell'Atto Aziendale ex art. 3, comma 1bis, D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.. Modifica deliberazione n. 611 del 22.10.2015 e s.m.i.", così come trasmesso in data 12/08/2022.

Pertanto da tale data è in vigore il nuovo Atto Aziendale, come descritto nel provvedimento n. 394 del 12/08/2022, pubblicato unitamente all'organigramma ed al Piano di Organizzazione sul portale aziendale¹⁹ e comunicato a tutti i dipendenti tramite la rete intranet.

L'adeguamento alle nuove diciture avverrà progressivamente sia sul sito intranet e internet che nei documenti riesaminati e prodotti.

Il Direttore Generale è stato nominato con DGR 13-3295 del 28.05.21²⁰.

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda è coerente con le indicazioni normative vigenti e tiene conto del ruolo di Ospedale di riferimento dell'Area Omogenea Piemonte Sud-Ovest, coincidente con la provincia di Cuneo (popolazione di circa 600.000 abitanti).

¹⁸ Atti aziendali delle AA.SS.RR – A.O. S. Croce e Carle di Cuneo – Atto n. 394-2022 del 12/08/2022 “ Aggiornamento Atto Aziendale ex art. 3, comma 1bis, D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.. Modifica deliberazione n. 611 del 22.10.2015 e s.m.i.”. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par. 5.1.

¹⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

²⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/>

Sintesi dei maggiori dati aziendali di contesto interno

Necessariamente nel considerare la base line di partenza della Performance si deve tenere conto della complessità organizzativa e dei maggiori dati di attività che possono descrivere l'Azienda alla sua ultima rilevazione a dati completi (31.10.2022) così come di seguito rappresentata.

L'Azienda, al 31.10.2022, consta di 159 Strutture Sanitarie²¹, 52 Tecnico-Amministrative e in Staff alla Direzione, 5 Funzioni, in cui lavorano complessivamente 2348 dipendenti.

Tabella n.2: Rappresentazione numerica delle Strutture dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo come da Atto Aziendale²²

AO SANTA CROCE CARLE	SC	SSD	SS	TOTALE
AREA ORGANIZZATIVA E AMMINISTRATIVA	AFFERENZA AZIENDALE			
STRUTTURE in STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE			3	3
STRUTTURE in LINE AL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	5			5
STRUTTURE in LINE o STAFF al DIRETTORE SANITARIO	2	1		3
AREA CLINICA				0
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	12	3	11	26
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	9	2	6	17
DIPARTIMENTO di EMERGENZA e delle AREE CRITICHE	7	1	8	16
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE dei SERVIZI	8	1	7	16
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE	4	0	3	7
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE di SALUTE MENTALE	1			1
TOTALE	48	8	38	94

* La SC Ginecologia e Ostetricia appare in entrambi i Dipartimenti.

Le Strutture interaziendali incardinate nell'ASLCN1 non sono presenti in questo computo.

Ci sono 5 Funzioni in staff alla Direzione.

Alcune strutture verranno progressivamente attivate.

²¹ Delibera 441 del 31.10.2018 Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo-Aggiornamento distribuzione posti letto di ricovero ordinario e diurno.

²² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

Il volume di attività dei primi dieci mesi del 2022 è descritto nelle figure successive.

Figura n. 3: Accessi ambulatoriali primi 10 mesi 2022

Tipo	Quantità totale 2022
Totale	1.388.900
1. PRIMA VISITA	74.845
1.. PRIMA VISITA CAS	2.835
2. VISITA DI CONTROLLO	72.035
3. ALTRE PRESTAZIONI	1.239.185

Figura n.4: Accessi DEA primi 10 mesi 2022 analizzati per genere

SESSO	Accessi DEA
	53.211
F	26.161
M	27.050

Figura n. 5: Accessi DEA primi 10 mesi 2022 analizzati per mese, genere e provenienza

SESSO	Totale		F		M	
	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	di cui STRANIERI
	53.211	6.504	26.161	3.210	27.050	3.294
gen	4.571	531	2.230	273	2.341	258
feb	4.468	501	2.219	259	2.249	242
mar	5.522	671	2.760	345	2.762	326
apr	5.216	622	2.564	305	2.652	317
mag	5.651	704	2.823	362	2.828	342
giu	5.705	660	2.813	328	2.892	332
lug	5.751	724	2.764	344	2.987	380
ago	5.699	711	2.864	359	2.835	352
set	5.067	667	2.412	301	2.655	366
ott	5.561	713	2.712	334	2.849	379

Figura n.6: Accessi DEA primi 10 mesi 2022 analizzati per codice colore, genere e provenienza

SESSO	Totale		F		M	
	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	di cui STRANIERI
Colore entrata triage	53.211	6.504	26.161	3.210	27.050	3.294
A-Rosso	1.036	98	407	29	629	69
B-Arancione	10.582	813	4.828	388	5.754	425
C-Azzurro	8.174	679	4.089	346	4.085	333
D-Verde	31.738	4.480	16.050	2.250	15.688	2.230
E-Bianco	1.681	434	787	197	894	237

Figura n.7: Raffronto Accessi DEA primi 10 mesi 2020-2021-2022 per codici colore

Anno	GEN-OTT 2020		GEN-OTT 2021		GEN-OTT 2022	
Colore ingresso	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media
Totale	43.205	4 h : 2 m	46.569	4 h : 13 m	53.211	4 h : 33 m
A-Rosso	820	4 h : 23 m	826	4 h : 27 m	1.036	4 h : 13 m
B-Arancione	7.921	5 h : 25 m	8.981	5 h : 25 m	10.582	5 h : 33 m
C-Azzurro	5.136	5 h : 9 m	5.971	5 h : 8 m	8.174	5 h : 39 m
D-Verde	27.666	3 h : 30 m	29.526	3 h : 42 m	31.738	4 h : 2 m
E-Bianco	1.662	2 h : 34 m	1.265	3 h : 35 m	1.681	2 h : 56 m

Figura n.8: Andamento accessi DEA con e senza Osservazione Breve nei primi 10 mesi 2022 per codici colore

OSSERV. BREVE	Totale		No - Oss. Breve		Si - Oss. Breve	
Colore Ingresso	Accessi	Perm. media in ore e min	Accessi	Perm. media in ore e min	Accessi	Perm. media in ore e min
Totale	53.211	4 h : 33 m	49.368	3 h : 42 m	3.843	15 h : 35 m
A-Rosso	1.036	4 h : 13 m	897	2 h : 36 m	139	14 h : 34 m
B-Arancione	10.582	5 h : 33 m	8.970	4 h : 1 m	1.612	14 h : 3 m
C-Azzurro	8.174	5 h : 39 m	7.391	4 h : 33 m	783	15 h : 58 m
D-Verde	31.738	4 h : 2 m	30.454	3 h : 29 m	1.284	17 h : 21 m
E-Bianco	1.681	2 h : 56 m	1.656	2 h : 43 m	25	16 h : 51 m

Figura n.9: Andamento accessi DEA con e senza ricovero successivo, nei primi 10 mesi 2022 per codici colore

RICOVERATO	Totale		Non ricoverato		Seguito da ricovero	
Colore Ingresso	Accessi	Perm. media in ore e min	Accessi	Perm. media in ore e min	Accessi	Perm. media in ore e min
Totale	53.211	4 h : 33 m	42.804	4 h : 21 m	10.407	5 h : 22 m
A-Rosso	1.036	4 h : 13 m	246	7 h : 48 m	790	3 h : 5 m
B-Arancione	10.582	5 h : 33 m	6.516	5 h : 41 m	4.066	5 h : 20 m
C-Azzurro	8.174	5 h : 39 m	5.870	5 h : 25 m	2.304	6 h : 14 m
D-Verde	31.738	4 h : 2 m	28.546	3 h : 54 m	3.192	5 h : 21 m
E-Bianco	1.681	2 h : 56 m	1.626	2 h : 53 m	55	4 h : 15 m

Figura n.10: Distribuzione dei pazienti ricoverati nei primi 10 mesi 2022 analizzati per genere e regime

SESSO	Totale	F	M
Regime	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	23.457	11.444	12.013
RO	17.467	8.671	8.796
DH	5.990	2.773	3.217

Figura n.11: Confronto 2020-2021-2022 andamento accessi in Pronto Soccorso nei primi 10 mesi analizzati per fasce di età

Anno	GEN-OTT 2020	GEN-OTT 2021	GEN-OTT 2022
Fasce età	Accessi DEA	Accessi DEA	Accessi DEA
Totale	43.205	46.569	53.211
0-9anni	3.984	3.684	5.333
10-19anni	2.967	3.276	4.246
20-29anni	4.778	5.047	5.843
30-39anni	5.391	6.054	6.440
40-49anni	4.917	5.143	5.375
50-59anni	5.382	6.197	6.393
60-69anni	5.021	5.517	6.134
70-79anni	5.470	5.856	6.641
80-89anni	4.371	4.763	5.522
90-99anni	916	1.023	1.268
Centenari	8	9	16

Figura n.12 : Andamento ricoveri nei primi 10 mesi del 2022 analizzati per genere e mese

SESSO	Totale	F	M
Mese	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	23.457	11.444	12.013
gen	2.203	1.103	1.100
feb	2.142	1.054	1.088
mar	2.509	1.198	1.311
apr	2.196	1.098	1.098
mag	2.488	1.188	1.300
giu	2.365	1.145	1.220
lug	2.421	1.133	1.288
ago	2.377	1.156	1.221
set	2.375	1.204	1.171
ott	2.381	1.165	1.216

Figura n. 13: Confronto statistiche sanitarie relative ai ricoveri ordinari gennaio-ottobre e raffronto con i dati dei tre anni precedenti

Anno	RO GEN-OTT 2020	RO GEN-OTT 2021	RO GEN-OTT 2022
Dimessi	15.825	16.205	17.467
Giornate	118.242	124.260	133.036
Degenza media	7,47	7,67	7,62
Ricoveri < 2gg	1.268	1.342	1.346
Deceduti	680	718	689
Ricoveri Ripetuti	442	490	525
Ricoveri Ripetuti %	2,79%	3,02%	3,01%
Prevalenza casi MEDICI	10.154	9.980	10.531
Prevalenza casi MEDICI %	64,16%	61,59%	60,29%
Prevalenza casi CHIRURGICI	5.671	6.225	6.936
Prevalenza casi CHIRURGICI %	35,84%	38,41%	39,71%

Figura n. 14: Confronto statistiche sanitarie relative ai ricoveri in regime di Day Hospital gennaio-ottobre e raffronto con i tre anni precedenti

Anno	DH GEN-OTT 2020	DH GEN-OTT 2021	DH GEN-OTT 2022
Dimessi	4.776	5.170	5.990
Accessi	7.303	7.771	8.082
Accessi medi	1,53	1,50	1,35
Deceduti	0	0	0
Prevalenza accessi Diagnostici	334	363	374
Prevalenza accessi Diagnostici %	6,99%	7,02%	6,24%
Prevalenza casi MEDICI	1.715	1.974	2.078
Prevalenza casi MEDICI %	35,91%	38,18%	34,69%
Prevalenza casi CHIRURGICI	3.061	3.196	3.912
Prevalenza casi CHIRURGICI %	64,09%	61,82%	65,31%

Figura n.15: Proporzione ricoveri per fasce di età e genere (SDO al 31.10.2022)

SESSO	Totale	F	M
Fascia 10 anni	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	23.457	11.444	12.013
a) da 0 a 10	2.031	964	1.067
b) da 11 a 20	572	248	324
c) da 21 a 30	1.605	1.116	489
d) da 31 a 40	1.976	1.513	463
e) da 41 a 50	1.722	923	799
f) da 51 a 60	2.670	1.197	1.473
g) da 61 a 70	3.985	1.510	2.475
h) da 71 a 80	5.120	2.075	3.045
i) da 81 a 90	3.238	1.557	1.681
j) da 91 a 100	537	340	197
k) oltre 100	1	1	-

Figura n.16: Nuovi nati al 31.10.2022

SESSO	Totale		F		M	
	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI
	1.426	172	697	97	729	75
ITALIA	1.426	172	697	97	729	75

Figura n. 17: Confronto case mix 2022-2021-2020- 2019 al 31.10.2022

Regime	Totale		RO		DH	
	Casi	Case Mix	Casi	Case Mix	Casi	Case Mix
Scheda Dimissione						
Totale 2022	23.457	1,00	17.467	1,00	5.990	1,00
Totale 2021	21.372	1,00	16.204	1,00	5.168	1,00
Totale 2020	20.406	1,00	15.785	1,00	4.621	1,00
Totale 2019	26.744	1,00	19.615	1,00	7.129	1,00

Tutti i dati previsti dalle rilevazioni istituzionali in merito ai tempi di attesa sono pubblicati sul portale aziendale²³.

Figura n.18: Tempi di attesa delle prestazioni monitorate a livello nazionale (PNLGA) gennaio-ottobre 2022

Anno 2022 (gen-ott)	Tipo intervento	Casi totali	Casi con Classe A	Casi con Classe A entro 30gg	% Classi A entro 30gg	Casi con Classe B	Casi con Classe B entro 60gg	% Classi B entro 60gg
	01. Interventi chirurgici tumore mammella	174	162	150	92,59%	11	5	45,45%
	02. Interventi chirurgici tumore prostata	109	103	72	69,90%	6	6	100,00%
	03. Interventi chirurgici tumore colon	58	58	57	98,28%	0	0	-
	04. Interventi chirurgici tumore retto	26	25	25	100,00%	0	0	-
	05. Interventi chirurgici tumore utero	113	109	99	90,83%	2	2	100,00%
	06. Int. chir. per melanoma	14	12	12	100,00%	1	1	100,00%
	07. Int. chir. per tumore tiroide	25	17	16	94,12%	7	6	85,71%
	08. By-pass aortocoronarico	33	16	16	100,00%	13	12	92,31%
	09. Angioplastica coronarica (PTCA)	167	38	36	94,74%	96	87	90,63%
	10. Endoarteriectomia carotidea	137	70	61	87,14%	64	62	96,88%
	11. Interventi protesi anca	106	21	20	95,24%	47	47	100,00%
	12. Interventi chirurgici tumore polmone	95	95	90	94,74%	0	0	-
	13. Colectomia lap.	181	18	13	72,22%	114	66	57,89%
	14. Coronarografia	438	138	129	93,48%	214	193	90,19%
	15. Biopsia perc. fegato	3	2	2	100,00%	1	1	100,00%
	16. Emorroidectomia	54	6	5	83,33%	35	16	45,71%
	17. Riparazione ernia ing.	286	17	14	82,35%	190	98	51,58%

²³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-di-attesa-1/monitoraggi-tempi-di-attesa/>

Figura n.19: Monitoraggio 69 prestazioni monitorate a livello regionale (gennaio-ottobre 2022)

PERIODO GENNAIO-OTTOBRE 2022	Classi U Tempo di attesa medio aziendale standard 3 giorni	Classi B Tempo di attesa medio aziendale standard 10 giorni	Classi D Tempo di attesa medio aziendale standard 30 giorni prime visite e 60 giorni prestazioni strumentali	Classi P Tempo di attesa medio aziendale standard 120 giorni
VISITA CARDIOLOGICA	0	13	34	46
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	0	7	23	39
VISITA ENDOCRINOLOGICA	0	14	105	141
VISITA NEUROLOGICA	0	14	36	57
VISITA OCULISTICA	0	13	71	66
VISITA ORTOPEDICA	0	12	81	71
VISITA GINECOLOGICA	0	11	37	32
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	0	7	30	28
VISITA UROLOGICA	0	12	48	89
VISITA DERMATOLOGICA	0	11	52	69
VISITA FISIATRICA	0	9	0	1
VISITA GASTROENTEROLOGICA	0	14	70	68
VISITA PNEUMOLOGICA	0	10	41	70
MAMMOGRAFIA	0	8	121	154
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	3	14	84	95
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE	0	11	98	108
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	0	10	48	67
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	1	14	69	92
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	1	13	25	26
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	1	13	23	15
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	1	13	25	15
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	0	16	106	98
RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA	0	17	46	51
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	2	15	100	70
RMN COLONNA VERTEBRALE	1	19	102	103
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	1	9	77	84
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	0	13	41	32
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	0	12	110	156
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI	0	13	107	52
ECOGRAFIA ADDOME	1	10	42	87
ECOGRAFIA MAMMELLA	3	7	48	47
ECOGRAFIA OSTETRICA	0	11	18	16
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	0	5	28	29
COLONSCOPIA	0	13	85	85
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	0	10	34	2
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	3	11	68	33
ELETTROCARDIOGRAMMA	0	7	15	21
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	3	14	44	65
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	1	13	34	69
AUDIOMETRIA	0	5	19	27
SPIROMETRIA	2	9	61	78
OCULARE	0	12	58	42

PERIODO GENNAIO-OTTOBRE 2022	Classi U Tempo di attesa medio aziendale standard 3 giorni	Classi B Tempo di attesa medio aziendale standard 10 giorni	Classi D Tempo di attesa medio aziendale standard 30 giorni prime visite e 60 giorni prestazioni strumentali	Classi P Tempo di attesa medio aziendale standard 120 giorni
ELETTROMIOGRAFIA	3	18	64	22

Tutti i dati connessi al PNE sono pubblicati nella specifica area AT del portale aziendale²⁴.

Figura n.20: Degenza post operatoria per Colectomia Laparoscopica (gennaio-ottobre 2022)

Anno 2022 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Degenza post operatoria inferiore a 3 gg
	RO	Colectomia Laparoscopica	66	81	81,48%
	DH	Colectomia Laparoscopica	136	136	100,00%

Figura n.21: Tempestività nell'attuazione degli interventi a seguito di frattura di femore per pazienti con età ≥ 65 anni (gennaio-ottobre 2022)

Anno 2022 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore (entro 48h)	Denominatore (intervento presente)	% Intervento entro 48h (int presente)
	RO	Frattura collo del femore	140	171	81,87%

Figura n.22: Tempestività nell'effettuazione degli interventi per frattura tibia/perone (gennaio- ottobre 2022)

Anno 2022 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Intervento entro 30 gg	Gg attesa medi (tra intervento e ricovero)	Gg attesa MAX
	RO	Frattura tibia/perone	38	38	100,00%	3,87	15

²⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/monitoraggio-indicatori-piano-nazionale-esiti-pne/#c8342>

Figura n.23: Tempestività nell'effettuazione di PTCA²⁵ nei casi di IMA²⁶-STEMI (gennaio-ottobre 2022)

Anno 2022 (gen-ott)	Regime	Indicatore	A - Episodi di STEMI	B - Episodi di STEMI con PTCA	C - Episodi di STEMI con PTCA entro 2 gg	C/A %Intervento entro 2gg	C/B %Intervento entro 2gg
	RO	Indicatore: STEMI	144	138	134	93,06%	97,10%

Figura n.24: Numero di parti cesarei e % sul totale dei parti (gennaio-ottobre 2022)

Anno 2022 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Parti cesarei
	RO	DRG parto	225	1.285	17,51%

Figura n.25: Accessi donne al Punto Nascita – Bilancio di Salute della 36-37 settimana presso il PN²⁷

Totale donne	Donne con età gestazionale > 36 settimane	% Donne con età gestazionale > 36 settimane	Donne > 36 settimane con BdS presso il PN	% Donne > 36 settimane con BdS presso il PN
1.409	1.308	92,8%	1.046	80,0%

L'Azienda gestisce direttamente la maggior parte dei servizi e delle prestazioni essenziali.

I principali servizi assegnati in outsourcing sono: pulizia e sanificazione delle sedi ospedaliere, noleggio, lavaggio, distribuzione e raccolta di biancheria piana e divise, coperte e materasseria, smaltimento dei rifiuti sanitari, sorveglianza/vigilanza.

L'Azienda assegna, inoltre, mediante affidamento diretto in *house providing*, una serie di servizi, in modo particolare attraverso la Società Partecipata AMOS s.c.r.l, di cui è rappresentante maggioritario, insieme ad altre ASR, come emerge dai provvedimenti pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente¹¹.

²⁵Angioplastica percutanea

²⁶ Infarto miocardico acuto

²⁷ Fonte dati CEDAP, aggiornamento del 09/11/2022

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione: Valore pubblico

La *mission* istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri *stakeholders*²⁸, e nel caso specifico delle Aziende Sanitarie, prima di tutto di utenti -cittadini.

Il Valore Pubblico dell'Azienda è dato dal suo mandato istituzionale e sintetizzato dalla sua *mission*.

La *mission* dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo è stata confermata in occasione della revisione dell'Atto Aziendale e consiste nel farsi carico dei bisogni di salute in fase acuta, assumendo, in relazione alle discipline di elevata specializzazione, il ruolo di riferimento in qualità di HUB provinciale e sede di DEA di II livello.

La descrizione degli elementi di contesto è contenuta nella sezione 2 di questo documento.

I principi fondamentali sui quali l'Azienda basa le proprie scelte e indirizza l'operato dei propri Curanti sono dichiarati nella Carta dei Servizi²⁹: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso (tipicamente nei casi di inefficienza o di corruzione)³⁰, l'Azienda individua logiche di *governance* che prevedono:

- una programmazione degli obiettivi da raggiungere, i percorsi da seguire, le risorse da utilizzare;
- un sistema di monitoraggi periodici che permettono di verificare i percorsi seguiti, le risorse utilizzate, i risultati conseguiti;
- un meccanismo di coinvolgimento degli *stakeholders* interni ed esterni nella programmazione, attuazione e valutazione che consenta anche la rilevazione della soddisfazione rispetto ai target;
- un modello di miglioramento continuo basato sulla conoscenza puntuale delle criticità, l'individuazione di strategie di miglioramento e la verifica dell'efficacia delle azioni poste in essere;
- una valutazione progressivamente più integrata dei fattori di rischio che possono inficiare la realizzazione del Valore Pubblico, dei fattori protettivi dalla *maladministration* e di conseguenza delle misure di monitoraggio e mitigazione da mettere in atto per favorire cooperazione e partecipazione che sono esse stesse strategie di realizzazione e di valutazione all'interno di un ciclo continuo (PDCA).

Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli *stakeholders* e dei cittadini in generale³¹.

L'Azienda analizza periodicamente le pubblicazioni di riferimento (Indicatori BES³² e avanzamento iniziative per il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Agenda 2030³³), soffermandosi sui dati

²⁸ Moore, 1995; Rebor, 1999: p. 47; Deidda Gagliardo, 2002: p. 14; Borgonovi e Mussari, 2011

²⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico/carta-dei-servizi/>

³⁰ Deidda Gagliardo Il valore pubblico. La nuova frontiera delle performance, 2015 e attualizzazione 16.06.2022 ForumPA Performance e Piao per creare valore pubblico

³¹ Deidda Gagliardo, Il VP, la nuova frontiera della performance (RIREA, Roma).2015c: IX-XX.

³² [https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)-/gli-indicatori-del-bes](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)-/gli-indicatori-del-bes)

³³ <https://www.agenziacoazione.gov.it/comunicazione/agenda-2030-per-lo-sviluppo-sostenibile/>

territoriali più prossimali, al fine di valutare informazioni complessive circa il contesto esterno in cui maggiormente insiste l'attività ospedaliera.

Negli allegati (work in progress) sono evidenziati i maggiori elementi di contesto interni ed esterni che annualmente vengono utilizzati per riesaminare i fattori di rischio e quelli protettivi ed abilitanti con cui deve fare i conti l'organizzazione.

I macro obiettivi principali sono contenuti nella *mission* stessa, alcuni contestualmente evidenziati negli obiettivi di mandato del Direttore Generale (che coprono un arco di programmazione quadriennale) e declinati annualmente negli obiettivi assegnati allo stesso e, di conseguenza, in quelli inseriti nel processo di budget aziendale.

Le strategie di attuazione, anche in ottica della realizzazione delle missioni connesse al PNRR, richiedono più che mai sinergie con tutto il territorio di riferimento e confronto costante con l'Assessorato Regionale tenuto a coordinare, anche tramite l'Azienda Zero, gli input e le risorse.

La base di partenza di realizzazione dei macro-obiettivi è data dagli elementi di contesto interno sia in termini di fattori abilitanti tra i determinanti del raggiungimento del risultato in quanto performance complessiva e realizzazione del Valore Pubblico sia delle risorse a disposizione.

La descrizione degli elementi di realizzazione è contenuta nelle sezioni 2, 3 e 4 di questo documento.

La misurazione del raggiungimento degli obiettivi avviene a seguito di monitoraggi costanti sia da parte della Regione in relazione ai flussi dati da inviare a tempo definito (ad esempio in relazione ai tempi ed alle liste di attesa, al PNE, all'andamento costi produzione), significativamente implementati dopo la fase acuta della pandemia da Covid 19. L'avvaloramento dei risultati è formalizzato dalla verifica in capo alla Conferenza dei Sindaci e alle valutazioni regionali.

La conoscibilità e verificabilità di quanto presentato è garantita dalla pubblicazione dei documenti connessi al PIAO^{34 35}.

I diversi contributi convogliano nella realizzazione della *mission* aziendale, orientata al maggior soddisfacimento concretamente realizzabile delle risposte ai bisogni di salute che l'utenza finale esprime indirettamente e direttamente a questo ospedale *hub*.

Per quanto riguarda l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione, aggiornato sulla scorta dei progetti di realizzazione del PNRR, fondamentalmente l'Azienda è impiegata durante l'arco temporale di riferimento ed in particolar modo nel 2023 nelle seguenti azioni (figura n. 26).

Ambiti	obiettivi	azioni	responsabilità	tempi
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Eliminare gli adempimenti e le autorizzazioni ridondanti	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	SID	2023
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Aggiornamento tabelle procedimenti strutture secondo nuovo Atto Aziendale	Singole strutture tecnico amministrative come da Elenco pubblicazioni	2023 -2024

³⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

³⁵ <https://piao.dfp.gov.it/>

Ambiti	obiettivi	azioni	responsabilità	tempi
		in Amministrazione Trasparente		
	“	Pubblicazione mensile dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali sul portale aziendale: AT e link veloci	CdG	Ogni mese
	“	Monitoraggio tempi di risposta accessi (miglioramento atteso con nuovo Sistema di Gestione documentale)	RPCT	Semestrale
Digitalizzazione	Operativizzazione del principio “once only”	Alimentazione del FSE	RTD	2021-2023
	“	Utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico per tutti gli utenti che danno il consenso	RTD	2021-2023
	Anagrafica degli utenti	Procedure di pulizia periodica dei record	SID ASLCN1 per anagrafica provinciale	Periodica
	Anagrafica dei dipendenti	Nel 2023 aggiornamento rispetto al nuovo organigramma /Atto aziendale	Amministrazione del Personale	2023
	Interoperabilità interne ad AO	Miglioramento della gestione dei referti di Laboratorio	SID Laboratorio	2023-2024
	“	Creazione della cartella clinica ambulatoriale e di ricovero (2023-2025)	SID	Dal 2023 (finanziamenti PNRR)
	Interoperabilità tra PA	Segnalazioni di necessità di presa in carico da parte dei Servizi Socio	Servizio Sociale/DSP	2021-2024

Ambiti	obiettivi	azioni	responsabilità	tempi
		Assistenziali tramite CADMO		
	Servizi wi-fi	Aggiornamento tecnologico della rete wi-fi	SID	2023
	Modulistica unica e standardizzata	Riesame Procedura gestione accessi	FPCT	2023
Attuazione obiettivi previsti dal Piano Triennale per l'Informatica nella PA	Digital & mobile first:	Accesso all'applicativo di Televisita anche con SPID	RTD	2023
	Cloud first:	Servizio di Gestione documentale e Televisita in cloud	RTD	2023-2024
Digitalizzazione	Eliminazione cartacei	Caricamento su piattaforma regionale dal 2023 dei controlli interni SDO	Cdg	Dal 2023
	“	<p>Passaggio al nuovo sistema amministrativo-contabile promosso dalla Regione Piemonte col fine di omogeneizzare le procedure di cui sopra, in tutte le Aziende Sanitarie Regionali, utilizzando un sistema amministrativo contabile unico per la sanità.</p> <p>Questo processo comporterà una serie di miglioramenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -maggior livello di interscambio delle informazioni e dei dati attraverso l'unificazione del sistema; -miglior livello di confrontabilità dei 	Bilancio e Contabilità	<p>Dal 2023:</p> <p>L'Azienda è stata collocata all'interno del I gruppo delle ASR che per prime attueranno questa transizione.</p> <p>In particolare, nel corso del 2023 dovrà essere attuata la fase di Avviamento che consiste nella migrazione dei dati e la formazione del personale in modo da partire con la Gestione del nuovo sistema da gennaio 2024.</p>

Ambiti	obiettivi	azioni	responsabilità	tempi
		<p>dati a cui consegue un più elevato livello di monitoraggio e controllo sui dati e sulle informazioni elaborate dal sistema;</p> <p>-omogeneizzazione, standardizzazione e maggior trasparenza dei processi su cui opererà il sistema;</p> <p>-certezza e tracciabilità delle informazioni</p>		
	Firma digitale	Progressiva dotazione di firma digitale da parte dell'Azienda a tutti i medici in servizio	RTD	2022-2023 A regime con assegnazione al momento della presa in servizio
	Sicurezza e privacy by design	Formazione su protezione dati e cybersicurezza	RTD DPO FVO	2023-2024
	Dati pubblici	Implementazione banche dati previste come da indicazioni esterne	RTD	2023-2024
	Codice aperto	Gestione documentale in open source	RTD	2022-2024
Accessibilità	Rimozione degli errori dai siti web istituzionali; testo di usabilità; affiancamento dipendenti in situazione di fragilità	<p>Dichiarazione di accessibilità</p> <p>Obiettivi di accessibilità</p> <p>Nomina Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità</p>	RTD	Entro 23.09 Entro 31.03

La pianificazione ed il monitoraggio della spesa e degli investimenti di ICT sono riconducibili nel budget SID all'interno della spesa, con voce separata.

Sottosezione di programmazione: Performance

Nel PIAO e soprattutto nella rendicontazione del monitoraggio viene reso evidente il “legame” che sussiste tra i bisogni della collettività, la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire. Il processo di gestione della Performance descritto in questo paragrafo viene progressivamente operativizzato come illustrato negli allegati che verranno inseriti contestualmente all'avanzamento del processo di assegnazione e gestione degli obiettivi siano essi individuati all'esterno (Regione) che all'interno del processo di *budget*.

Le informazioni richieste sono contenute nei documenti allegati e accessibili dal portale aziendale pertanto facilmente e immediatamente raggiungibili sia dall'interno che dall'esterno dell'Azienda, implementati contestualmente al progressivo sviluppo dell'annualità di budget e delle modifiche e integrazioni operative sopraggiunte.

I dati di contesto esterno complessivi sono descritti in apposito allegato mentre quelli maggiormente rappresentativi per inquadrare l'attività aziendale sono stati inseriti nel capitolo 1.

La conoscenza del contesto epidemiologico, antropologico, sociale ed economico è data dalla condivisione dei dati fondamentalmente elaborati dall'ASLCN1^{36 37} e all'interno dell'Area Omogenea Piemonte Sud Ovest^{38 39}.

L'ASL CN1 si avvale della Conferenza dei Sindaci⁴⁰ come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei cittadini e per altre attività previste dalla vigente normativa, come nel caso del Piano Locale Cronicità^{41 42}.

Sostanzialmente l'Azienda ospedaliera opera in un territorio che comprende alcuni agglomerati urbani in aree pianeggianti e una vasta area montana in parte al confine con la Francia. La provincia di Cuneo⁴³, al 31 dicembre 2021, comprendeva 247 comuni⁴⁴, su una superficie mista di 6.894,83 km quadrati con una densità abitativa media di 72 abitanti per km quadrato, registrando una popolazione residente pari a 580.789 abitanti (50,9% femmine e 49,1 % maschi), con un'età media di 45,6 anni.

I dati più aggiornati, laddove disponibili, verranno presentati in occasione del monitoraggio ad anno solare concluso.

Tra l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle (più semplicemente l' "Ospedale" per i Cuneesi) e il territorio di riferimento, soprattutto il Distretto Sud Ovest su cui essa insiste, c'è un legame fortissimo anche di fiducia, che si è consolidato nel tempo, nonostante i cambi di guardia a livello di gestione strategica ed i problemi legati alla carenza di medici in alcune Specialità. Non vi è dubbio che la pandemia da Covid19 e il dibattito sul nuovo Ospedale e la sua collocazione a Confreria, abbia condizionato il dibattito pubblico e ancora stia influenzando i cittadini che temono di perdere eccellenze unanimemente riconosciute: un passaggio inevitabile, che soltanto l'avvio delle procedure per la realizzazione del nosocomio potrà lenire.

³⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/>

³⁷ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

³⁸ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

³⁹ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente>

⁴⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

⁴¹ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

⁴² file:///C:/Users/somale_n/Downloads/Allegato_3b_Del_520-2018_del_27_12_2018_Piano_Cronicita.pdf

⁴³ <https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/dati-sintesi/cuneo/4/3>

⁴⁴ http://piemonte.indettaglio.it/ita/province/cn/la_provincia_di_cuneo.html

Qualche preoccupazione in più rispetto al passato probabilmente è legata ai cambiamenti in atto e alle criticità del momento, che sono però proprie di tutto il Comparto sanitario. In questo senso l'attenzione dei media è alta: essi esercitano un ruolo di "sentinella" rispetto a una situazione in continua evoluzione, con un orizzonte non sempre chiaro per i non addetti ai lavori.

La collaborazione delle associazioni di volontariato è una risorsa che assicura all'Azienda un rapporto continuo e una indiretta partecipazione dei cittadini alla vita degli ospedali S. Croce e Carle. Anche la nascita della Fondazione per l'Ospedale di Cuneo, con la recente apertura di una sede all'interno del S. Croce rappresenta un tassello importante per rafforzare la partecipazione del territorio (Enti, imprese, associazioni, singoli cittadini): eventi, incontri con medici per illustrare le attività e i servizi dell'Azienda, un filo diretto con la parte politico-istituzionale a livello locale e regionale, sono ulteriori punti di forza di un'Azienda che continua ad essere riconosciuta, formalmente e nei fatti, come Hub per l'Area Omogenea Piemonte Sud-Ovest e riferimento per le attività di primo livello per gli assistiti del distretto più popoloso dell'Asl CN1.

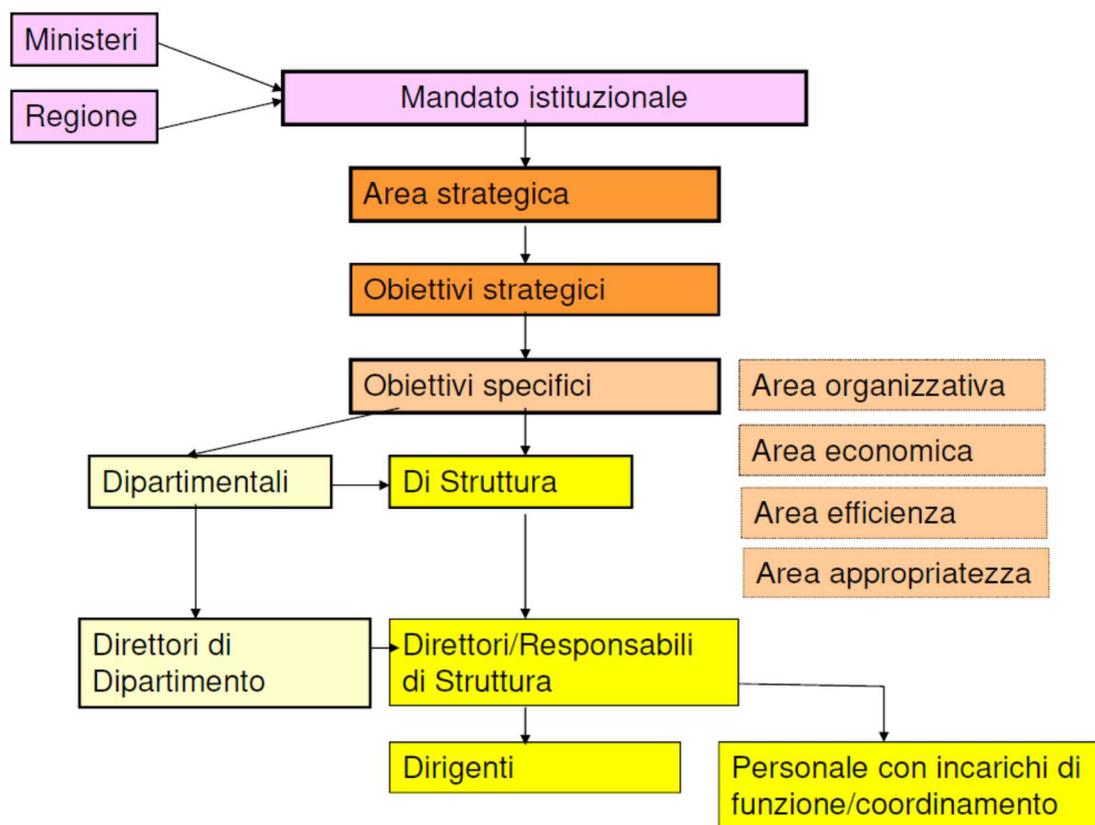
Sul versante sanitario risultano meno problemi di accesso alle strutture rispetto ad altre aree, anche se la situazione connessa al recupero delle prestazioni, in seguito alle restrizioni dettate dalla pandemia, rimane la maggiore criticità che influenza altresì la percezione soggettiva.

La situazione post Covid ha ancora necessità di stabilizzarsi ed il raffronto delle prestazioni avviene con quelle del 2019.

La realizzazione del valore pubblico atteso, come sintetizzato nella *mission* aziendale, è istituzionalmente connessa anche al raggiungimento degli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

La cascata di azioni previste per l'attuazione e la valutazione degli obiettivi è descritta nell'albero della Performance: una mappa logica che rappresenta graficamente i legami tra mandato istituzionale, *mission*, obiettivi strategici e piani operativi, dimostrando come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno complessivo coerente, all'espletamento del mandato istituzionale ed alla *mission*.

Figura n.27: Rappresentazione grafica dell'Albero della performance



I principali obiettivi della *performance* sono dati dagli obiettivi di mandato 2021-2024 assegnati al Direttore Generale con DGR n. 13 – 3295⁴⁵ e declinati nell’operatività aziendale attraverso il processo di budget.

Al momento della redazione del presente documento la Regione non ha assegnato obiettivi per il 2023; gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l’annualità 2022⁴⁶ sono stati trasmessi ai Direttori Generali in data 20 settembre 2022.

I macro-obiettivi connessi al mandato del Direttore Generale vengono tradotti in obiettivi operativi assegnati alle strutture all’interno delle schede di budget in cui, per ciascun obiettivo numerato progressivamente, risultano: la descrizione dell’obiettivo, l’indicatore che verrà utilizzato per dare evidenza del raggiungimento, lo standard da raggiungere ed il peso attribuito.

Obiettivo di mandato n.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 DGR n. 31-877 del 23 dicembre 2019, sono tenuti ad assicurare il pareggio di bilancio aziendale, sia in sede di adozione dei bilanci preventivi economici che in itinere nei conti economici trimestrali, nonché, in sede di adozione del bilancio di esercizio aziendale a consuntivo. Questa è la premessa generale che funge da punto di riferimento per tutte le valutazioni operative; per questo motivo vengono assegnati ad un gran numero di strutture obiettivi direttamente o indirettamente riconducibili al controllo delle spese o al rapporto costi-produzione.

Nel corso del 2022 è stata intrapresa un’attività pluriennale di riesame dei processi finalizzata all’individuazione delle aree di miglioramento attraverso la reingegnerizzazione, digitalizzazione e

⁴⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

⁴⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

semplificazione degli stessi, ad esempio in relazione al recupero crediti relativamente alle mancate disdette di prenotazioni ambulatoriali, mancato ritiro di referti, mancato pagamento del ticket, ecc.

Obiettivo di mandato n. 2. Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed interventi, alla luce della DGR n. 110-9017 del 16 maggio 2019, con la quale è stato recepito il PNGLA.

Il governo dei tempi di attesa è uno degli obiettivi prioritari del S.S.N. e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rappresenta una componente strutturale dei LEA.

L'ambito della gestione (organizzazione, monitoraggio in tempo reale) dei tempi e delle liste di attesa, è un punto critico storico in tutto il sistema pubblico nazionale, ma a maggior ragione dopo la pandemia Covid 19 ed anche per le Aziende considerate punto di riferimento e di eccellenza dagli utenti.

Questo obiettivo è di grande interesse per tutti gli *stakeholders*, è direttamente connesso all'accessibilità, viene declinato sotto varie forme nelle schede di budget ed è correlato anche indirettamente alla maggior parte degli obiettivi assegnati non solo alle strutture cliniche ma anche a quelle tecnico amministrative e di staff.

Le iniziative poste in essere sono molteplici, come previsto a livello nazionale e regionale e tradotte in un numero consistente di obiettivi assegnati con le schede di budget e costantemente monitorati e rendicontati a diversi richiedenti. Le maggiori evidenze sono oggetto di pubblicazione sul portale aziendale⁴⁷.

La Regione Piemonte con la DGR n.2-1980 del 23.09.20210 "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Successivamente il suddetto Piano Regionale è stato aggiornato con la DGR n. 22-3690 del 06.08.2021 e con la D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022, intitolata "Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostiche specialistiche di primo accesso"

Gli obiettivi regionali riguardano:

- l'adeguamento mix e produzione dei ricoveri
- la riduzione dei tempi e il recupero delle liste di attesa per codice priorità dei ricoveri
- l'adeguamento mix e produzione delle prestazioni ambulatoriali
- la riduzione dei tempi e il recupero delle liste di attesa per codice priorità delle prestazioni ambulatoriali.

L'A.O. S.Croce e Carle ha elaborato il Piano di Recupero delle Liste di Attesa con una logica sistemica agendo a livello programmatico e operativo su più livelli.

Il modello messo in atto si riferisce alle tipologie di ricovero e di prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio nazionale e regionale e all'attività di screening oncologico

Per l'attuazione del Piano di Recupero l'Azienda ha utilizzato il finanziamento messo a disposizione dalla Regione Piemonte per l'attività in regime di prestazioni aggiuntive.

Tale Piano prevede la conduzione di audit mensili direzionali che l'Azienda ha effettuato a partire dal mese di giugno come richiesto dall'Assessorato Regionale. In tale contesto vengono monitorati ed analizzati i risultati di monitoraggio relativi ai 12 indicatori individuati dalla Regione come prioritari per misurare l'andamento del Piano di Recupero delle Liste di Attesa.

Con il medesimo modus operandi si procederà nel 2023, sempre in base alle direttive.

⁴⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa/>

Nello specifico delle attività di screening previste dal Programma 4⁴⁸, composto da ASL CN1 di Cuneo (capofila), ASL CN2 di Alba-Bra e AO S.Croce e Carle di Cuneo, il gruppo progetto interaziendale elabora, con cadenza annuale, un “Piano di Attività” (PAP) per la realizzazione del Programma stesso e il raggiungimento degli obiettivi definiti a livello regionale (PRP), su indicazione e timing regionale.

Sulla base dello scenario descritto nella valutazione dell'anno precedente⁴⁹ si prospettano ulteriori, significativi cambiamenti nel disegno organizzativo degli screening regionali, che nel 2023 diventeranno tassativi, come l'avvio del progetto di Farmacia Amica e la revoca del test rettosigmoidoscopico a favore del test immunochimico fecale (FIT) a partire da 50 anni di età, con previsione di incremento dell'attività di accettazione e analisi dei test e di gestione degli approfondimenti colonscopici da parte delle U.V.O.S. che, a partire dal 2026, si assesterà sul 500% in più per aumentare da subito del 250%.

Obiettivo di mandato n.3. Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale. Tale obiettivo prevede l'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte -del Piano pandemico operativo 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.

Al momento, in relazione al termine dell'emergenza epidemiologica, sono state ridimensionate le operazioni di programmazione e rendicontazione, mantenendo comunque le procedure e le modalità di intervento previste e descritte nell'apposita area intranet aziendale⁵⁰.

Obiettivo di mandato n. 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.

Questo obiettivo raggruppa due aspetti strumentali di primaria importanza per l'efficienza dell'Azienda che da sempre promuove l'appropriatezza ai diversi livelli dell'agire: tecnico-professionale, (dove l'input prescrittivo è fondamentale per tutto il processo), ma che può realizzarsi se sviluppata a livello organizzativo-gestionale e relazionale, (come dimostra la numerosità di obiettivi che possono essere ricondotti direttamente o indirettamente a questa area).

L' Azienda aderisce al Piano Nazionale Esiti (PNE)⁵¹. I dati degli indicatori prescelti sono pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁵², come richiesto dalla Legge di stabilità 2015, associati a specifici obiettivi di budget, mensilmente monitorati.

La disponibilità di informazioni in tempo reale sugli elementi determinanti dell'attività è fondamentale alla Direzione per orientare le proprie scelte operative e ai Responsabili/Direttori di Struttura per intervenire tempestivamente in caso di criticità.

L'investimento in termini di affiancamento e supporto ai clinici va nella direzione di aumentare l'autonomia e la consapevolezza dei ruoli manageriali, nella partecipazione attiva ed informata alle

⁴⁸ D.G.R. 04.07.2016 N. 27-3570 “Aggiornamento dell'organizzazione del Programma regionale di screening oncologici, denominato ‘Prevenzione Serena’ e individuazione del centro unificato regionale per l'esecuzione del test immunochimica di ricerca del sangue occulto nelle feci”

⁴⁹ N. 643-2022 del 23/12/2022

⁵⁰

[http://intranet2srv.scroce.loc/applicativi/gestdoc/GestDoc.asp?NomeCartella=D:/Documentazione/corona&NomeStruttura=C omunicazioni%20relative%20alla%20pandemia%20COVID-19%20\(SARS-COV2\)](http://intranet2srv.scroce.loc/applicativi/gestdoc/GestDoc.asp?NomeCartella=D:/Documentazione/corona&NomeStruttura=C omunicazioni%20relative%20alla%20pandemia%20COVID-19%20(SARS-COV2))

⁵¹ <http://95.110.213.190/PNEed15/>

⁵² http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/monitoraggio_indicatori_piano_nazionale_esiti_pne/

proposte ed alle scelte strategiche e ad una corretta e periodica autovalutazione che consenta un raggiungimento sempre più alto e soddisfacente degli standard concordati.

Molti altri obiettivi sono riconducibili all'efficienza in relazione alla tempistica di attuazione e completamento delle diverse procedure.

Nel 2023 continuerà l'utilizzo del sistema di condivisione dati delle singole Strutture e Dipartimenti, tramite apposita area intranet, per consentire la conoscenza aggiornata all'andamento costi/produzione e obiettivi.

Come declinato da apposito obiettivo assegnato ai Direttori Generali nel 2022 è stata implementata la piattaforma regionale relativa al flusso dati della farmaceutica.

Si continuerà a procedere alla verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle Aziende circa la distribuzione diretta ed i consumi ospedalieri e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno, nonché verifica di disponibilità, completezza e qualità, del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati di monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici⁵³.

Continuerà la campagna informativa volta al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva anche dal punto di vista della collaborazione della cittadinanza.

Proseguirà l'implementazione dei PSDTA e l'attuazione di quelli connessi alla Malattia renale cronica, allo Scopenso cardiaco, nell'ottica di una sempre maggior integrazione nella presa in carico ospedale-territorio e audit periodici.

Verosimilmente continueranno ad essere assegnati obiettivi che hanno come effetto il miglioramento dell'accessibilità ai servizi aziendali attraverso il recupero dei tempi di attesa e dell'offerta di prestazioni, anche implementando la telemedicina ed il Piano Locale Cronicità.

In continuità a quanto previsto dall'obiettivo n. 2.5 assegnato al Direttore Generale nel 2022 si è consolidato il percorso di monitoraggio delle modalità di gestione dei DEA/PS e dei processi organizzativi correlati (*boarding* da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili e compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del *boarding*.

Obiettivo di mandato n. 5: Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line.

E' pianificata l'integrazione della piattaforma di televisita con il sistema di autenticazione SPID per aumentare il grado di sicurezza quale azione sinergica per la diffusione dell'utilizzo dell'FSE/ROL. Il FSE è già alimentato dai flussi informativi previsti: referti di Laboratorio Analisi, Medicina Nucleare e Radiodiagnostica, verbali di Pronto Soccorso, verbali operatori, lettere di dimissione, referti ambulatoriali. Verrà estesa progressivamente la firma digitale dei referti e gli stessi trasformati in forma CDA 2, migliorando sia la consegna on line che l'analisi statistica.

Obiettivo di mandato n.6.Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016.

Nel corso del 2023 verrà riproposto per tutte le strutture tecnico amministrative e a livello dipartimentale l'obiettivo denominato "Attuazione misure di contrasto anticorruptivo" che vede declinati specifici

⁵³ Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale"

indicatori per ciascun destinatario, sviluppati rispetto ai timing dettati dalla normativa per la pianificazione (11 novembre) e la rendicontazione (luglio per il primo semestre e inizio anno per l'anno precedente concluso) ed in funzione del debito informativo previsto a livello normativo e di monitoraggio interno.

Ogni Responsabile e ogni referente viene contattato nel mese di novembre per individuare le misure di contrasto dei diversi livelli di rischio e le modalità di monitoraggio siano esse già esistenti e da confermare o da individuare *ex novo*.

In modo particolare la FPCT in questo biennio ha progressivamente cercato di richiedere individuazioni che vadano sempre più in un'ottica sistemica che tengano conto sia degli impegni precedentemente noti in ambito anticorruptivo, antidiscriminatorio, di riesame del Sistema Qualità ma anche in prospettiva delle prossime proposte di budget.

In linea con quanto condiviso con la sezione temporanea deputata a livello regionale verrà implementata l'area internet "Misure attuative del PNRR" all'interno di "Dati ulteriori" in Amministrazione Trasparente⁵⁴.

Gli sviluppi della Trasparenza sono descritti nel paragrafo 2.3 della sottosezione "Anticorruzione e Trasparenza".

Sono esclusi dal PIAO⁵⁵ gli adempimenti di carattere finanziario non contenuti nell'elenco di cui all'articolo 6, comma 2, lettere da a) a g), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ma è in ogni caso riconosciuto, come indispensabile il raccordo con i documenti di Bilancio.

Nel livello direzionale e nelle singole articolazioni organizzative trovano collocazione gli strumenti di programmazione annuale quali il budget, gli obiettivi ed i progetti aziendali che prevedono:

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrato con il ciclo di bilancio;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti;
- f. valutazione da parte dell'OIV e rendicontazione dei risultati alla Direzione;
- g. comunicazione degli esiti agli *stakeholders*.

Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità/Centri di Costo e sono pubblicati in allegato "work in progress" al PIAO⁵⁶.

La strategia da sempre adottata in Azienda e costantemente implementata prevede l'avvio della raccolta delle proposte degli obiettivi da parte dei Responsabili di struttura ad inizio anno, poste le linee di indirizzo condivise dalla Direzione sulla scorta dell'analisi dei bisogni a livello di Area Omogenea Piemonte Sud Ovest, delle possibili indicazioni regionali e delle priorità aziendali, anche in vista della realizzazione del nuovo ospedale e dei finanziamenti PNRR.

La Direzione intende gestire l'annualità di budget analogamente a quanto avvenuto nel 2022: le proposte da parte dei Responsabili verranno composte sulla scorta delle Linee di indirizzo diffuse dalla Direzione, caricate direttamente sulla piattaforma aziendale, analizzate e inserite nelle schede che verranno poi discusse con incontri a distanza on line coordinate dal Controllo di Gestione.

I criteri guida per l'esercizio del 2023 prevedono di assegnare obiettivi ai Direttori di Dipartimento finalizzati alla pianificazione dell'utilizzo delle risorse (umane, tecnologiche, logistiche, ecc.) per la realizzazione degli obiettivi regionali e l'attuazione delle attività.

⁵⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/attuazione-misure-pnrr/>

⁵⁵ art. 2, comma 2 decreto DPR n. 132 del 30.06.2022

⁵⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

Elaborate le proposte emerse dall'intersezione tra le proposte di struttura e le indicazioni aziendali viene avviato il processo di budget. Le schede obiettivo sottoscritte e comunicate a tutti gli operatori possono essere verificate in corso d'opera in base al quadro epidemiologico, agli obiettivi regionali e ad intercorse esigenze.

Il processo di budget rappresenta uno degli elementi essenziali per il governo della *performance*.

Con la delibera n. 585 del 24.12.2021 è stato costituito il Comitato Budget dell'Azienda con il compito, tra l'altro, di fornire contributi alla Direzione Aziendale nel processo di programmazione e controllo del sistema di budget e valutazione della performance, ai sensi del D.L. 150/2009.

Le attività svolte da tale organismo sono principalmente:

- supporto alla Direzione Generale nella definizione degli indirizzi annuali di budget;
- elaborazione e/o coordinamento per la predisposizione dei singoli prospetti che compongono la struttura contabile del budget;
- programmazione degli obiettivi per singolo Centro di Responsabilità e formalizzazione attraverso la predisposizione delle schede di budget;
- predisposizione del calendario di negoziazione degli obiettivi con i Centri di Responsabilità;
- monitoraggio, analisi e valutazione sull'andamento degli obiettivi assegnati;
- formulazione di proposte alla Direzione Generale relative a modifiche e variazioni al budget; eventualmente necessarie in corso di esercizio.

Il Comitato Budget è composto da:

- Responsabile S.S. Controllo di Gestione, con funzioni di Coordinatore;
- Direttore Sanitario di Presidio;
- Responsabile S.S. DipSA;
- Responsabile S.S. Amministrazione del Personale;
- Responsabile S.S. Bilancio e Contabilità;
- Direttore S.C. Tecnico;
- Direttore S.C. Sistema Informativo Direzionale;
- Responsabile S.S. Ingegneria Clinica;
- Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera.

Il Coordinatore del Comitato Budget è il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione e la Segreteria di supporto al citato Comitato è individuata all'interno della S.S. Controllo di Gestione.

I Responsabili della S.S. Controllo di Gestione, S.C. Direzione Sanitaria di Presidio, S.S. Di.P.Sa, S.C. Farmacia Ospedaliera, S.C. Acquisti Beni e Servizi, la SC SID e la S.C. Tecnico sono incaricati di adempiere alle incombenze amministrative ed organizzative connesse al raggiungimento ed al monitoraggio degli obiettivi.

Le fasi del processo sono riassumibili come segue.

- Fase preparatoria

La Direzione Aziendale, sulla base delle indicazioni regionali, fornisce le linee di programmazione per l'anno di esercizio specificando gli obiettivi strategici aziendali.

Le linee vengono comunicate al Collegio di Direzione e rese visibili a tutti i dipendenti e *stakeholders* attraverso la pubblicazione sull'apposita area web. Normalmente questa fase si conclude con l'invio di specifica comunicazione a tutti i Direttori di Dipartimento ed ai Responsabili delle strutture tecnico-amministrative e di staff.

La S.S. Controllo di Gestione prepara la modulistica informatizzata in cui i Direttori inseriscono le loro proposte, dopo aver altresì raccolto la reportistica da parte delle Strutture di staff quali DIPSA, DSP, Farmacia, SID-Ingegneria Clinica, Amministrazione del Personale per la stesura delle proposte (cfr allegati *work in progress*).

In data 16/12/2022 sono pervenute indicazioni regionali⁵⁷ che prevedono la proroga dei termini di adozione del Bilancio di Previsione 2023 al 31/01/2023. L'Azienda è dotata di un sistema di assegnazione delle risorse e di conseguente controllo della spesa realizzato attraverso l'attribuzione di un "budget trasversale" alle Strutture induttrici di spesa; pertanto si rende necessario assegnare la disponibilità economica per il proseguimento delle attività dell'Azienda nell'anno 2023, pur in assenza di un Bilancio Preventivo.

Considerato l'indice dei prezzi al consumo (IPCA), il condizionamento dell'inflazione sui contratti di nuova stipulazione e, in alcuni casi, anche su quelli in essere attraverso richieste di revisione prezzi o di risoluzione per eccessiva onerosità sopravvenuta ai sensi del codice civile, l'incremento di costo dei fattori produttivi necessari all'assistenza, fra cui energia elettrica, riscaldamento, combustibili, carburanti, farmaci e dispositivi medici e non potendo effettuare previsioni accurate circa l'andamento della spesa Covid dell'anno 2023, sempre rendicontate attraverso Centro di Costo specifico, sono stati deliberati per l'anno 2023, i budget trasversali come concordato coi Direttori/Responsabili delle Strutture puntualmente indicate⁵⁸.

- Fase di elaborazione

I Direttori di Struttura recepiscono i contenuti delle Linee di indirizzo annuali ed elaborano proposte in termini di obiettivi operativi, corredati dalla definizione delle risorse necessarie, degli indicatori, degli standard di riferimento e delle relative tempistiche di raggiungimento, nonché dell'integrazione con altre strutture aziendali, così come definito nelle apposite istruzioni di corredo alla modulistica (cfr allegato relativo alla modulistica).

Le proposte delle singole strutture vengono trasmesse al Controllo di Gestione entro il tempo indicato, elaborate nelle schede completate e prevalutate con la Direzione.

- Fase di definizione

Il Comitato budget incontra i Dipartimenti per discutere le proposte, successivamente alla diramazione delle Linee di indirizzo.

Il Comitato budget successivamente valuta la realizzabilità delle proposte di tutte le strutture e definisce gli obiettivi operativi, gli indicatori e gli standard, nonché le risorse umane e tecnologiche da assegnare ad ogni Centro di Responsabilità sulla base dei dati precedentemente forniti dalle strutture competenti.

In fase di discussione possono essere modificati alcuni obiettivi o loro declinazioni di misurazione. Dopo la presentazione, i Direttori possono proporre eventuali modifiche e integrazioni che verranno vagliate dal Comitato budget. Una volta firmati dal Direttore Generale gli obiettivi diventano ufficiali.

Il Responsabile della S.S. Controllo di Gestione incontra i soli Direttori di Dipartimento per l'assegnazione del budget e delle schede definitive.

I Direttori di Dipartimento consegnano gli obiettivi ai singoli Direttori di Struttura che, a loro volta, provvedono ad assegnarli ai membri della loro equipe.

⁵⁷ e-mail della Regione Piemonte del 15/12/2022 avente ad oggetto "Termini di adozione dei Bilanci Aziendali Preventivi 2023

⁵⁸ Delibera n. 687 del 30/12/2022 <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

- Fase di attuazione

Su mandato della Direzione i Responsabili della S.S. Controllo di Gestione, S.C. Direzione Sanitaria di Presidio, S.S. Di.P.Sa, S.S. Amministrazione del Personale, S.C. Farmacia Ospedaliera, S.C. Acquisti Beni e Servizi e DAPO, S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori adempiono alle incombenze amministrative ed organizzative derivanti dalla programmazione del budget.

Le Strutture perseguono il raggiungimento degli obiettivi assegnati e, attraverso il monitoraggio costante degli indicatori, laddove si registrino scostamenti significativi, mettono in atto le azioni correttive per la realizzazione degli obiettivi.

Alla scadenza temporale assegnata, il relazionante incaricato fornisce evidenza dello stato di avanzamento dell'obiettivo.

Solo se strettamente necessario, e previa approvazione della Direzione, gli obiettivi possono essere aggiornati e riassegnati.

La S.S. Controllo di Gestione, in collaborazione con la S.C. Sistema informativo Direzionale, aggiorna i cruscotti direzionali per il monitoraggio della *performance*.

- Fase di valutazione

La S.S. Controllo di Gestione provvede alla raccolta delle informazioni e della documentazione necessaria alla valutazione dei risultati perseguiti dalle diverse strutture, cura i rapporti con l'Organismo Indipendente di Valutazione e fornisce il necessario supporto nell'attività amministrativa.

L'Organismo Interno di Valutazione valuta il raggiungimento degli obiettivi delle singole Strutture al fine di procedere alla valutazione individuale degli operatori per l'attribuzione del premio di produttività.

La disponibilità costante di referenti di settore per facilitare l'attuazione degli obiettivi, l'implementazione dei dati a disposizione per orientare le decisioni e correggere le eventuali difficoltà realizza una possibilità di monitoraggio sempre più aderente al tempo reale.

Il flusso di individuazione, assegnazione, monitoraggio degli obiettivi di budget e la sua verifica complessiva è evidente dalle schede di budget e dalle schede di valutazione, nonché dai verbali dell'OIV e dalle relazioni di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale, in continuità con quanto precedentemente al PIAO avveniva nel Piano Performance, nel SiMiVap e nelle relative Relazioni.

Degli obiettivi assegnati internamente all'Azienda rispondono i Direttori di Struttura e di Dipartimento che sottoscrivono le schede. Le ricadute in termini di valutazione e assegnazione incentivi economici sono formalizzate nelle schede di valutazione.

Nelle singole schede sono indicati per ciascun obiettivo: la descrizione, l'indicatore, lo standard di riferimento ed il peso e la rendicontazione finale è formalizzata in apposito provvedimento, in seguito a quanto verbalizzato nelle sedute OIV. Ogni struttura deve trasmettere evidenza dell'autovalutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati attraverso le registrazioni pattuite. Molto spesso il controllo in corso d'opera ed in forma incrociata avviene tramite i cruscotti direzionali che monitorizzano l'attività. Il ruolo del monitoranti spesso prevede una valutazione parallela ed indipendente dei dati necessari ad analizzare lo stato di realizzazione degli obiettivi. L'OIV può richiedere in qualsiasi momento ulteriori dati e/o precisazioni; i Direttori possono presentare controdeduzioni in caso di disallineamento tra le autovalutazioni presentate e le valutazioni riconosciute dall'OIV. Al termine del periodo indicato viene formalizzato con provvedimento il raggiungimento definitivo degli obiettivi e della percentuale complessiva a livello di Struttura e Dipartimento.

La tabella di valutazione prevista per il 2023 resta la medesima dell'anno precedente, approvata nella seduta OIV del 15.11.2018.

Figura n. 28: Schema per valutazione obiettivi 2023

Se la struttura ha:	% di raggiungimento dell'obiettivo	% di assegnazione dell'obiettivo	% di abbattimento dell'obiettivo
rispettato lo standard assegnato	100%	100%	0%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 0.1%-5%	99.99% - 95%	100%	0%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 5.1%-10%	94.90% - 90%	95%	5%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 10.1%-15%	89.90% - 85%	90%	10%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 15.1% - 20%	84.90% - 80%	85%	15%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 20.1%-25%	79.90% - 75%	80%	20%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 25.1%-30%	74.90% - 70%	75%	25%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 30.1%-40%	69.90% - 60%	65%	35%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 40.1%-50%	59.90% - 50%	55%	45%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 50.1%-60%	49.90% - 40%	45%	55%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 60.1%-70%	39.90% - 30%	35%	65%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato compreso tra 70.1%-80%	29.90% - 20%	25%	75%
registrato uno scostamento rispetto allo standard assegnato superiore al 80.1%	19.90% - 0.00%	10%	90%

La pianificazione di azioni correttive in caso di mancato raggiungimento avviene in relazione al livello di monitoraggio precedentemente descritti.

A seconda degli scostamenti riscontrati la pianificazione può essere:

- interna alla/e Struttura/e titolare/i di obiettivo, anche in collaborazione con i monitoranti incaricati (a questo livello non è richiesta documentazione delle azioni ma si fa riferimento al risultato effettivo sull'obiettivo);
- condivisa con la S.S. Controllo di Gestione e archiviata nella documentazione di budget;
- sollecitata direttamente dal livello aziendale centrale e su richiesta della Direzione, anche rispetto a specifiche indicazioni regionali e su indicazione dell'OIV o del Collegio Sindacale.

Nel caso l'evidenza di pianificazione venga richiesta dal Collegio Sindacale, dall'OIV o da altro ente o organismo la documentazione viene archiviata dalle segreterie competenti.

Per quanto riguarda gli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti si procede alla rivalutazione, ad un primo livello, da parte della S.S. Controllo di Gestione e, successivamente, quando necessario, dalla Direzione aziendale al fine di valutare le cause del mancato raggiungimento, il permanere della necessità del mantenimento dell'obiettivo o della sua ri-assegnazione.

Tutta la documentazione raccolta e periodicamente analizzata a cura dei monitoranti associati ad ogni obiettivo e dal Controllo di Gestione è archiviata nella rete informatica interna.

La rendicontazione pubblica è prevista dai momenti assembleari programmati, quali la Conferenza dei Sindaci, nonché in quelli straordinari, ad oggi ipotizzabili, ad esempi, in relazione allo stato di valutazione delle realizzazioni del nuovo ospedale, nonché dalla pubblicazione dei monitoraggi previsti nelle apposite aree del portale aziendale.

Un monitoraggio continuo della performance aziendale e dei Centri di Responsabilità permette di individuare tempestivamente, attraverso alcuni indicatori, le criticità da affrontare.

Nel 2023 verranno creati nuovi Centri di Costo corrispondenti alle reali Strutture Aziendali tra cui *week e day surgery* e si procederà ad una semplificazione del processo di gestione in vista del cambiamento del sistema operativo di riferimento previsto per il 2024.

Sono alimentati cruscotti direzionali personalizzati per i diversi livelli di responsabilità aziendale, aggiornati mensilmente e si tengono incontri periodici di confronto con le diverse Strutture aziendali.

La declinazione degli obiettivi nel processo di budget aziendale vede da sempre un focus incentrato sulla programmazione e gestione delle liste di attesa e il contenimento dei costi, ponendo in essere azioni di efficientamento a vari livelli e investendo sull'appropriatezza in tutte le sue dimensioni.

In modo specifico continuerà l'implementazione della telemedicina attraverso l'alimentazione diretta di piattaforma aziendale (da Oncologia a Cardiologia, successivamente Neurologia e Reumatologia e nei prossimi due anni, a seguire, tutte le strutture). Proseguirà il perfezionamento della collaborazione con gli Ambulatori della Salute dell'ASLCN1. La creazione di un riferimento univoco e in tempi utili dei dati di monitoraggio degli obiettivi prestazionali e *boarding* Pronto Soccorso sulla rete intranet aziendale costituiscono aspetti che, attraverso la digitalizzazione, dovrebbero generare semplificazione, efficienza nella tempistica di espletamento ed incidere anche sul miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

I programmi prioritari per la valutazione e il miglioramento della qualità vengono selezionati annualmente dalla Direzione Strategica con lo scopo di incidere su uno o più dei seguenti aspetti della qualità delle prestazioni sanitarie:

- qualità professionale;
- qualità organizzativa;
- qualità percepita.

La Direzione Strategica si impegna ad implementare un Sistema Qualità diffuso a tutti i livelli funzionali aziendali.

I Principi ispiratori sono quelli di eguaglianza, imparzialità, continuità delle cure ed apertura ai cittadini ai percorsi della valutazione della Qualità erogata, a fronte degli obiettivi aziendali, in coerenza con quelli regionali, delle azioni per il miglioramento continuo, delle strategie per prevenire gli eventi avversi e di nuovi modelli organizzativi più efficienti.

Il modello organizzativo che l'Azienda intende principalmente adottare contempla l'analisi dei processi di erogazione del servizio, come strumento di verifica dei punti di debolezza e dei punti di forza, per prevenire e/o eliminare le cause di errore e tutti quei fattori che potrebbero impedire il raggiungimento di obiettivi e di standard attesi.

Le linee strategiche volte al miglioramento della Qualità Aziendale sono proposte in accordo con le indicazioni di livello nazionale e regionale, coerentemente con i valori e i principi ispiratori, declinate per:

- dare continuità ad attività di miglioramento della qualità già sviluppate;
- avviare nuove azioni di miglioramento della qualità da programmare nel biennio.

Proseguiranno le attività volte al mantenimento dell'Accreditamento istituzionale dei requisiti della Regione Piemonte e proseguiranno inoltre le attività di monitoraggio degli accreditamenti all'eccellenza e della Certificazione secondo la Norma ISO 9001 per i settori interessati.

Si intende altresì perseguire il miglioramento dell'appropriatezza e della qualità professionale attraverso:

- l'elaborazione e l'adozione di protocolli / procedure / linee di indirizzo / istruzioni operative / moduli / documenti;
- la partecipazione a progetti di miglioramento;
- la collaborazione alla realizzazione di progetti di empowerment per il cittadino;
- l'elaborazione /revisione di PDTA (ora PSDTA) e la valutazione dell'applicazione dei percorsi aziendali ed interaziendali, attraverso il monitoraggio di indicatori mediante la conduzione di audit clinico organizzativi.

Il filo conduttore di tutte le linee di azione aziendali è la sicurezza relativa ai rischi psicofisici di tutti coloro che a vario titolo accedono ai locali ospedalieri, ai trattamenti dei pazienti attraverso l'attività di un gruppo multidisciplinare facente capo alla Direzione Sanitaria di Presidio e all'etica connessa all'anticorruzione. Nell'area intranet del SPP sono descritte le modalità di lavoro e contenuti tutti i documenti principali analogamente a quanto avviene per il Rischio Clinico e per il Comitato Infezioni Ospedaliere⁵⁹. È deliberato specifico gruppo aziendale che si occupa della sicurezza con relativo Responsabile⁶⁰. Per la gestione dell'emergenza pandemica nella specifica area Covid⁶¹ vengono costantemente aggiornate le modalità operative finalizzate alla maggior garanzia di erogazione di attività in sicurezza, in base allo sviluppo epidemiologico.

Per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti, coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e regionali in materia di risk management/rischio clinico, continueranno le azioni e gli interventi aziendali finalizzati a consolidare l'azione di diffusione della "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa", la promozione di interventi mirati alla prevenzione e al contenimento degli eventi avversi, l'elaborazione di procedure, protocolli e mappe dei rischi, finalizzati ad assicurare adeguati standard di sicurezza. Verrà altresì favorita la visione unitaria delle diverse "sicurezze" aziendali, attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le funzioni aziendali, con particolare riguardo verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie/apparecchiature.

L'AO ha cercato di implementare la sicurezza delle cure e la qualità con l'intento di consolidare una logica di sistema che ha teso ad integrare le diverse funzioni implicate nella gestione del rischio sanitario e delle altre tipologie di rischio, con la finalità di innalzare anche il grado di resilienza degli operatori e quindi dell'organizzazione cercando, attraverso l'implementazione di logiche proattive, di mitigarne l'approccio difensivo.

È ferma convinzione che lo sviluppo di interventi efficaci discenda non solo dalla comprensione delle criticità dell'organizzazione, ma anche dalla reale diffusione di una consapevolezza che consenta di superare gli individualismi e le resistenze culturali, barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi e a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

⁵⁹ <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/home.asp>

⁶⁰ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/organizzazione/

⁶¹

[http://intranet.scroce.loc/applicativi/gestdoc/GestDoc.asp?NomeCartella=D:/Documentazione/corona&NomeStruttura=Comunicazioni%20relative%20alla%20pandemia%20COVID-19%20\(SARS-COV2\)](http://intranet.scroce.loc/applicativi/gestdoc/GestDoc.asp?NomeCartella=D:/Documentazione/corona&NomeStruttura=Comunicazioni%20relative%20alla%20pandemia%20COVID-19%20(SARS-COV2))

La cultura del lavoro di team deve essere alla base del processo di miglioramento che nasce proprio dalle singole disfunzioni interne e dalla ferma convinzione di superarle.

L'analisi e il monitoraggio degli eventi avversi, dei *near miss*, delle disfunzioni organizzative spesso alla base di errori di sistema, la implementazione della modalità dell'Audit interno, la diffusione delle procedure in applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali sono elementi fondamentali per supportare processi di cure sicure; lo sviluppo di attività di monitoraggio sul campo è strumento per dimostrare fattivamente se si raggiunge quel valore aggiunto che via via è alla base di ogni processo di miglioramento.

In tema di sicurezza e tutela dei lavoratori, in continuità con quanto da sempre avviato e mantenuto anche in corso di pandemia con le contestualizzazioni e gli adattamenti necessari, verranno realizzati corsi di formazione indirizzati al personale dipendente e implementate le procedure ed il monitoraggio dei dati di sorveglianza sanitaria.

Si programma di riprendere i lavori connessi al riesame dei dati emersi per il rischio stress lavoro correlati, l'implementazione di principi di ergonomia e di attenzione al genere e all'età, al fine di prevenire e contenere possibili problematiche di salute dei lavoratori e promuovere la conciliazione dei tempi vita lavoro, anche in collaborazione con il CUG e secondo quanto svilupperà la Contrattazione sindacale.

Verrà altresì favorita la visione unitaria delle diverse "sicurezze" aziendali, attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le funzioni aziendali, con particolare riguardo verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie/apparecchiature.

Per quanto riguarda la gestione delle risorse tecnologiche, del sistema informativo e dei contratti di fornitura di beni e servizi l'Azienda adotta:

- modalità organizzative e procedure di gestione delle risorse tecnologiche (il piano investimenti viene approvato secondo quanto definito dalla normativa vigente);
- un sistema informativo aziendale organizzato in modo coerente da supportare a livello sistemico tutte le Strutture;
- modalità di lavoro che favoriscano l'attività contrattuale nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, in coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di economicità, efficacia, imparzialità, anche alla luce delle modalità previste durante la pandemia;
- la programmazione degli acquisti, come previsto dalla normativa coerentemente con le misure di contrasto alla corruzione, mirando all'ottimizzazione delle risorse e alla sempre maggior centralizzazione sovraziendale del governo dei processi di acquisizione per importi rilevanti.

Il Programma biennale degli acquisti di beni e servizi è regolarmente pubblicato nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁶², così come il programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali⁶³.

L'Azienda proseguirà nell'esecuzione e pianificazione di numerosi interventi edilizi all'interno delle due strutture ospedaliere volti all'adeguamento normativo, al miglioramento dell'attività sanitaria e all'umanizzazione delle degenze e dei servizi.

Sono state a tal fine individuate alcune "macroaree" strutturali e funzionali, pur tenendo conto del nuovo ospedale, all'interno delle quali operare con interventi infrastrutturali e di revisione gestionale, di seguito descritte.

Area ristrutturazioni per miglioramento attività sanitaria

- Ristrutturazione degenze. Proseguiranno i lavori di ristrutturazione, adeguamento impiantistico ed umanizzazione delle aree di degenza chirurgiche e mediche, con conseguente ricollocazione delle attività per aree omogenee, nell'ottica della suddivisione delle degenze

⁶² http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/bandi_di_gara_e_contratti/

⁶³ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/opere_publiche/

chirurgiche e mediche tra i due presidi ospedalieri. I principali obiettivi degli interventi di ristrutturazione sono:

- dal punto di vista tecnico:
 - adeguare agli standard di accreditamento
 - adeguare alle norme di prevenzione incendi (placcaggi a soffitto, completamento depositi, compartimentazioni, ecc.)
 - adeguare gli impianti elettrici, chiamata, gas medicinali, laddove necessario
 - climatizzare alcune camere di degenza
 - sostituire serramenti esterni e serramenti interni, laddove necessario anche ai fini del contenimento energetico.
- dal punto di vista strategico/sanitario:
 - collocare degenze chirurgiche nel blocco C, possibilmente per aree omogenee complanari
 - completare il progetto materno infantile con la collocazione dell'Ostetricia al quarto piano, blocco C sud e blocco A, complanare al blocco parto.
- Tra gli interventi che rientrano nel Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale di cui al Decreto Legge 19.05.2020, n. 34, convertito nella Legge 17.07.2020, n. 77 sono finanziati con fondi specifici i lavori , in corso, di adeguamento dei percorsi del Pronto Soccorso.
- Secondo la programmazione degli interventi stabiliti nel "Piano Direttorio" nel corso del 2023 sono previsti gli interventi di adeguamento e sistemazione dei reparti di degenza per completare lo spostamento al piano quarto della degenza di ostetricia (rispettivamente nei blocchi A e C sud).
- Lavori connessi alla fornitura di grandi attrezzature:
 - Sono in fase di acquisizione le seguenti attrezzature:
 - RM 3 Tesla, per la quale è in corso le attività di progettazione delle opere connesse alla installazione, comprendente l'ampliamento delle aree con la realizzazione di nuovi locali e dei relativi impianti.
 - Nel biennio 2023-2024 è prevista l'acquisizione con fondi PNRR di nuove grandi apparecchiature elettromedicali, per il quale sono da prevedersi la progettazione e realizzazione delle opere edili ed impiantistiche connesse
- Aree ambulatoriali:
 - CAS: è in corso di realizzazione l'intervento di umanizzazione del CAS presso il Presidio Ospedaliero A. Carle nell'ambito del progetto "Luoghi e percorsi di pazienti oncologici: l'accoglienza in Ospedale" con finanziamento della Fondazione CRC di Cuneo.

Area lavori di manutenzione straordinaria, adeguamento e messa a norma

- Lavori di adeguamento dei presidi ospedalieri alle norme antisismiche.
 - E' fase di avvio la progettazione per l'adeguamento antisismico del Presidio Ospedaliero A. Carle per la porzione vincolata, blocco A, ricadente nella missione 6- Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
- Lavori di adeguamento strutturale ed edilizio:

Proseguono importanti interventi di adeguamento edilizio, tra i quali si evidenziano:

- miglioramento accessibilità dei servizi sanitari, anche tramite realizzazione di bagni per persone disabili, in particolare presso la degenza di Psichiatria dell'Ospedale Carle.
- per il 2023 sono stati richiesti alla Regione specifici finanziamenti "EDISAN" per interventi di adeguamento antincendio che permetteranno di realizzare opere per il rifacimento di alcuni impianti obsoleti e per la l'integrazione della compartimentazione di alcune aree del Presidio S. Corce attualmente individuata nell'area della Terapia Intensiva di Rianimazione.
- Lavori di adeguamento impiantistico:
 - proseguono i lavori di sostituzione delle colonne di distribuzione impianti idrotermosanitari, in corso da più anni, che consistono nella sostituzione delle vecchie tubazioni.
 - Continuano gli interventi programmati per l'adeguamento/revisione dell'impianto di produzione dell'acqua refrigerata per il raffrescamento degli impianti di climatizzazione delle aree sanitarie. Nel 2022 si è conclusa la sostituzione del gruppo frigorifero dedicato alla Cardiochirurgia e Rianimazione.
 - È stata completata l'installazione di n. 2 gruppi UPS con le relative batterie di accumulatori, per l'alimentazione elettrica di continuità dedicata a due apparati angiografici.
- Lavori o interventi in corso e in previsione per il contenimento dei consumi energetici:
 - continuazione delle attività di progressiva sostituzione di lampade fluorescenti con altrettanti apparati a LED
 - sostituzione ove necessario dei serramenti esterni
 - rifacimento di manti di copertura
 - sostituzione impianti con elementi ad alta efficienza nei reparti da ristrutturare
 - sostituzione del gruppo di continuità (UPS) dedicato alla alimentazione elettrica di sicurezza delle sale operatorie e alla terapia intensiva di cardiochirurgia. Il nuovo macchinario è in grado di garantire migliori prestazioni in termini di rendimento e dissipazione.
 - Nel 2023 è prevista la sostituzione della stazione di continuità principale del presidio S.Croce, composta da 3 UPS in parallelo che presentano primi sintomi di obsolescenza, per l'alimentazione elettrica di continuità di diversi elementi e apparati dell'intero presidio. I nuovi gruppi sono in grado di garantire migliori prestazioni in termini di rendimento e dissipazione.

Per quanto riguarda il Piano di miglioramento del grado di umanizzazione nei Presidi aziendali e delle iniziative di *empowerment*, continueranno i percorsi già avviati nel 2022 e verranno gradualmente valutate nuove iniziative, in costante collaborazione con l'ASLCN1 e le agenzie del territorio.

Tra queste a titoli di esempio figura le attività:

- della Rete Sanitaria sostegno contro la violenza,
- nel Progetto Protezione Famiglie Fragili - Rete Oncologica,
- nel percorso Bollini Rosa | Fondazione Onda,
- nella Medicina di genere,
- connesse alla promozione della salute e di educazione sanitaria e buon utilizzo dei servizi, tra cui il Progetto Interaziendale Empowerment del cittadino- insieme per migliorare la consapevolezza e la sicurezza della terapia farmacologica

- nella gestione di procedure e informative per la popolazione sugli accessi e sui servizi, attività di volontariato in ospedale, interventi assistiti con animali, Ospedale senza dolore, rispetto delle esigenze di culto, linguistiche e culturali nella presa in carico ospedaliera,
- nella costante implementazione del Piano Locale Cronicità e del Piano Locale di Prevenzione con i professionisti aziendali e ASL CN1 anche in un'ottica di ottimizzazione e valorizzazione di progetti comuni e condivisi anche con Associazioni/Enti locali, connessi al "Fondo per la promozione del benessere e della persona finalizzato a favorire l'accesso ai servizi psicologici. Criteri per il riparto delle risorse statali e indicazioni operative⁶⁴" sperimentazione trattamenti psico-educazionali e psicosociali demenze.

Il Piano di Comunicazione, che dovrà essere deliberato entro il 31 gennaio 2023, conterrà per l'Azienda Ospedaliera alcuni punti tra cui:

- la formazione dei referenti dei servizi all'utilizzo della piattaforma typo3 per la pubblicazione su intranet;
- la predisposizione di un archivio-foto aggiornato e completo sia delle Strutture sia dei Direttori di Struttura;
- ripresa della *newsletter* aziendale.

Il collegamento fra la *performance* organizzativa e la *performance* individuale è evidente, a partire dal meccanismo di riconoscimento degli incentivi alla Direzione Aziendale. Il trattamento economico complessivo annuo del Direttore Generale nominato è determinato in relazione al livello di complessità aziendale ed ai parametri di cui all'art. 1, comma 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i. - dalla D.G.R. n. 13-4058 del 17.10.2016 e viene incrementato mediante il riconoscimento della quota integrativa, nella misura massima del venti per cento, in relazione al raggiungimento complessivo dei risultati di gestione attesi e degli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati a mezzo di D.G.R. n. 8- 2814 del 29 gennaio 2021 – fermo restando che il riconoscimento della quota integrativa sarà dovuto al Direttore Generale in misura proporzionale alla durata dell'incarico – nonché di ulteriori specifici obiettivi che potranno essere individuati con successivo provvedimento.

La capacità di perseguire gli obiettivi assegnati si traduce operativamente a cascata anche sul Direttore Sanitario e sul Direttore Amministrativo.

Il collegamento a livello dei dirigenti è visibile dalle singole schede di assegnazione obiettivi-valutazione annuale (SVI). Nel corso del 2023 si addiverrà ad un nuovo modello di scheda di valutazione con criteri maggiormente espliciti tali da riuscire a differenziare in maniera più oggettivabile e aggiornata i singoli professionisti.

Gli obiettivi di *performance* individuale sono collegati alla *performance* organizzativa e sono declinati essenzialmente a partire dalle attività e dai progetti definiti in sede di programmazione così da consentire di assicurare:

- la coerenza temporale fra le due valutazioni;
- che la *performance* individuale venga valutata sulla base di elementi sui quali il valutato ha effettivamente la possibilità di intervenire direttamente evitando, quindi, di collegare tale valutazione ad elementi al di fuori del controllo del valutato.

Ad ogni Dirigente o Responsabile di unità organizzativa possono essere assegnati uno o più obiettivi strategici e/o operativi.

In allegato (*work in progress*) verranno resi visibili gli obiettivi specificamente assegnati ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori e Responsabili di Struttura attraverso le varie fasi del ciclo del budget.

⁶⁴ Nota Regionale prot . 32203 del 01/09/2022 Invio provvedimenti - Attuazione del Decreto 30 novembre 2021

Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza

Il processo di predisposizione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione è aggiornata dal RPCT sulla scorta delle indicazioni fornite da ANAC nei diversi documenti di lavoro e nel PNA 2023-2025⁶⁵.

L'individuazione delle misure richiede una stretta collaborazione tra il RPCT e l'organo di indirizzo rappresentato dalla Direzione, i Responsabili ed i referenti delle strutture e tutti i soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nel processo di gestione del rischio, in modo particolare il Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, l'Unità di Gestione del Rischio Clinico, il SPP e il MC che si occupano di sicurezza e della salute dei lavoratori, nonché il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD), la Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione, la Data Protection Officer (DPO), il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA), il referente unico aziendale per il PNRR.

Il dovere di tutti i dipendenti di collaborare alla gestione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza⁶⁶, è richiamato dal Codice di comportamento dei dipendenti⁶⁷, ricordato nei momenti assembleari e definito nella Delibera di nomina del RPCT. In modo particolare viene ricordata la necessità di confronto ed interazione ai Responsabili di struttura semplice e complessa ed alle figure che rivestono ruoli particolarmente importanti nel presidio dei processi a maggior rischio⁶⁸.

A fine ottobre 2022 è stata inviata una prima comunicazione a tutti i Direttori di Struttura e Responsabili maggiormente coinvolti nei processi indicati nel PNA, per richiedere gli elementi di programmazione da inserire nel presente documento, anche in relazione alle scadenze previste dall'applicativo gestionale utilizzato per la mappatura dei processi a rischio corruttivo. I dati sono stati conseguentemente aggiornati nel mese di novembre, sia per il monitoraggio dell'avanzamento del PTPCT⁶⁹ -sottosezione del PIAO 2022, sia per l'analisi degli elementi di contesto esterno.

Sulla scorta degli elementi raccolti e di quelli già in possesso della FPCT è stata definita una prima stesura della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza con tutti gli allegati previsti, contemporaneamente sottoposti alla Direzione, all'OIV e posta in consultazione.

Il RPCT fa parte del gruppo addetto alla redazione del PIAO e, per gli aspetti di sua competenza, funge da punto di coordinamento della proposta delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza e del loro monitoraggio con i responsabili che sono tenuti ad elaborare le altre sezioni che costituiscono il PIAO. Si raccorda inoltre con la Responsabile della FVO per la programmazione della formazione.

Esso impegna tutti i dipendenti e gli equiparati nonché i fornitori d'opera e di servizi come previsto dalla normativa.

In occasione dell'assunzione si consegna al dipendente una apposita modulistica, in cui viene informato dell'obbligo di prendere visione del PTPCT (dal 2023 PIAO) sul citato sito internet e di trasmettere alla S.S. Amministrazione del Personale, nei 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del suddetto Piano.

⁶⁵ <https://www.anticorruzione.it/-/ecco-il-nuovo-piano-nazionale-anticorruzione-valido-per-il-prossimo-triennio>

⁶⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/Rinnovo_incarico_RPCT.pdf

⁶⁷ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/disposizioni_generali/atti_generali/

⁶⁸ Si rammenta che l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT. La violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (legge 190/2012, art. 1, co. 14).

⁶⁹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/altri_contenuti/prevenzione_della_corruzione/

Nel corso dei momenti di informazione e formazione ai dipendenti si fa esplicito riferimento al PIAO in corso di validità⁷⁰ e, in modo particolare, a questa sottosezione.

Contesto esterno

Raccogliere elementi significativi aggiornati e puntuali, che consentano di descrivere in maniera comprensibile il contesto all'interno del quale esplica la propria *mission*⁷¹ l'AO S.Croce e Carle di Cuneo non è semplice, come non è agevole il reperimento di dati sul contesto esterno riferibili al territorio su cui maggiormente insiste il nosocomio che siano significativi e consentano una visione prospettica delle sacche di illegalità maggiormente da presidiare.

La lettura del contesto territoriale secondo le chiavi economica, della qualità di vita e benessere percepito, delle variabili socio demografiche è importante per conoscere il contesto culturale e antropologico a cui appartengono il maggior numero di persone che si rivolgono all'AO S.Croce e Carle di Cuneo sia per ottenere delle prestazioni sia in qualità di *stakeholders* a vario livello.

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'AO opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

La descrizione del fenomeno corruttivo, nella sua accezione più ampia, richiede, per la sua analisi, almeno due strumenti indiretti, ovvero: la percezione dello stesso da parte dei cittadini, degli operatori aziendali e degli operatori economici che possono subirlo e che, almeno in parte, ne sono attori; le statistiche giudiziarie che risultano ad oggi essere gli unici dati che, per quanto non totalmente rappresentativi del fenomeno, hanno una valenza oggettiva.

Le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda si trova ad operare risultano nel tempo favorevoli ad una buona convivenza, in cui il verificarsi di fenomeni corruttivi è molto limitato così come i reati contro la Pubblica Amministrazione sia dall'esterno che all'interno della stessa.

In tema di danno iatrogeno, di assenteismo, di *maladministration* le Procure piemontesi non registrano valori significativi in riferimento a quelle di tutto il territorio nazionale.

Dai dati pubblicati dal Ministero della Salute nel 2021 non ci sono episodi direttamente riconducibili al territorio cuneese, mentre quelli riferiti all'area piemontese, sulla scia di indagini condotte a livello nazionale, riguardano segnalazioni individuali di esercizio abusivo della professione^{72 73}, piuttosto che di centri sanitari non autorizzati ed un significativo numero di irregolarità riscontrate in corso dei controlli specifici per la gestione pandemica (mascherine contraffatte⁷⁴, dispositivi non in regola con le specifiche richieste, filiera vaccini⁷⁵, test rapidi⁷⁶ irregolari, misure antiCovid varie).

Per il 247esimo anniversario della Guardia di Finanza è stato reso noto il Rapporto da cui si evince che il Cuneese sia un'area sana, con un alto rispetto delle regole. Durante il periodo emergenziale, attraverso l'operazione Secure Mask, le Fiamme Gialle hanno sequestrato 87 mila mascherine, non sicure o fuori legge, provenienti dalla Cina, per un milione di euro. Nello stesso periodo tutte le forze dell'ordine sono state impegnate anche nel mantenimento della sicurezza attraverso specifici controlli da cui sono scaturite, a titolo di esempio, sanzioni amministrative per 172 singoli cittadini che avevano violato le disposizioni e 3 attività commerciali a fronte di 271 ispezioni.

Con riferimento a frodi e gare truccate nelle ASL piemontesi, l'operazione Molosso, condotta dalla GdF di Torino nel novembre 2020, ha portato a quindici ordinanze di misura cautelare nei confronti di

⁷⁰

<http://intranet.scroce.loc/applicativi/gestdoc/GestDoc.asp?NomeCartella=D:\Documentazione\trasparenza\Formazione%20Codice%20di%20comportamento%20autunno%202018&NomeStruttura=Trasparenza>

⁷¹ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/1_ Informazioni_generali_su_Azienda.pdf

⁷² https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2218

⁷³ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2178

⁷⁴ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2207

⁷⁵ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2174

⁷⁶ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2151

dipendenti pubblici, commissari di gara ed agenti e rappresentanti di alcune imprese, tutti accusati a vario titolo di corruzione, turbativa d'asta e frode nelle pubbliche forniture. Gli atti investigativi delle Fiamme Gialle mostrano la rapidità con cui si sono scatenati gli appetiti delle mafie; a Torino sono stati sventati tentativi di corruzione: al centro degli interessi illeciti c'erano i lavori di pulizia e igienizzazione imposti dalla profilassi epidemica. Non è emerso il coinvolgimento di nessun dipendente presso PA cuneesi.

Nessuna menzione sulla Provincia di Cuneo nelle ultime relazioni sia rispetto agli "Amministratori sotto tiro"⁷⁷ sia rispetto alle relazioni DIA per quanto riguarda le infiltrazioni mafiose.

Pur non avendo elementi probatori determinanti è stato affermato come il fenomeno delle infiltrazioni mafiose esista sul territorio, in modo particolare nelle aree ricche e attraenti dell'Albese. Fra le operazioni più rilevanti è stata citata Piazza di Spagna del Nucleo di Polizia Economico Finanziaria di Cuneo che ha permesso di scoprire un'associazione a delinquere che da Roma diramava in 5 regioni: le indagini partite dal territorio cuneese hanno portato al sequestro di 25 milioni di euro tra beni immobili, auto di lusso, terreni e conti correnti. Le linee di azione da continuare a sviluppare riguardano infatti le evasioni e le frodi fiscali, il monitoraggio delle spese pubbliche e il contrasto ai sodalizi mafiosi, da presidiare in modo particolare in questo periodo pandemico e post pandemico. Sono state citate le operazioni "Carosello rumeno" condotte dal distaccamento di Bra, che hanno portato a scoprire un giro di fatture false da 2 milioni di euro o un giro di circa 170 badanti e colf irregolari, l'operazione "Tre Cunei" nei territori vinicoli ed in collegamento con la Spagna per il riciclaggio tra Italia e Svizzera di oltre 15 milioni di euro; la conclusione dell'operazione "Titanio 1 e 2" che ha coinvolto direttamente un dipendente dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo.

Il Livello di sicurezza percepito appare maggiore rispetto alle restanti province del Piemonte così come la condizione abitativa risulta migliore rispetto agli altri Quadranti piemontesi.

Gli eventi delittuosi sono meno frequenti nel Cuneese: meno di una persona su 5 dichiara di essere testimone con una certa frequenza di fatti criminosi o potenzialmente pericolosi (come spaccio di droga o prostituzione). La percezione di paura soggettiva dichiarata nelle *survey* consultate è tra le più basse in Piemonte, per quanto nell'ultimo anno alcune proteste cittadine abbiano riguardato le aree limitrofe al S. Croce.

In occasione della Giornata Internazionale di contrasto alla violenza di genere le Forze dell'Ordine hanno illustrato i dati provinciali che evidenziano la diffusione dei fenomeni, con 143 deferimenti (138 erano quelli nel 2021), con un femminicidio e un'aggressione con deformazioni permanenti al viso; 105 le lesioni personali segnalate alla Procura, con una lieve diminuzione dei casi di violenza sessuale denunciati. L'Azienda è parte attiva nella rete territoriale di contrasto alla violenza.

I dati di sicurezza si riflettono nella fiducia in Magistratura e forze dell'ordine: molta o abbastanza per il 59,9% dei cuneesi contro il 56% del Piemonte.

La nuova frontiera della sicurezza anche all'interno delle Pubbliche Amministrazioni riguarda le minacce alla sicurezza digitale con truffe che diventano sempre più complesse, si propagano grazie alla capacità di operare a livello transfrontaliero e all'interconnettività, traendo vantaggio dai labili confini tra il mondo fisico e quello digitale.

Incrociando questi ultimi con l'analisi storica che emerge dalla valutazione del rischio corruttivo da parte della FPCT si può affermare che l'AO S.Croce e Carle di Cuneo opera in un contesto socio-economico storicamente "sano", dove i reati contro la Pubblica Amministrazione sono molto pochi e il tessuto sociale, come dimostrato anche durante l'emergenza pandemica, favorevole al mantenimento di buoni standard di integrità.

⁷⁷ <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/pubblicazioni/amministratori-sotto-tiro/>

Contesto interno all'AO S.Croce e Carle di Cuneo e valutazione di impatto sull'integrità aziendale

Al fine di aggiornare l'analisi del contesto esterno operata nelle annualità precedenti si è, in primo luogo, effettuata una verifica della ricognizione delle competenze istituzionali dell'AO riportata nel precedente Piano ed alla luce del nuovo Atto Aziendale.

Per sua natura la Sanità, in virtù delle risorse economiche correlate, dei rapporti con molteplicità di fornitori a vario livello e dell'alto numero di relazioni interpersonali è un settore considerato a rischio medio- alto, in generale. Nello specifico l'AO S.Croce e Carle di Cuneo insiste su un contesto socio-economico territoriale che storicamente appare solido, come dimostrato anche dai dati precedentemente esposti: la coesione sociale, la collaborazione tra i maggiori enti pubblici territoriali, il senso di appartenenza dei cittadini alle istituzioni sono elementi favorevoli al mantenimento dell'integrità e ad una reciproca vigilanza.

La *mission* dell'Azienda che esprime il cuore del Valore Pubblico legato all'espletamento del mandato istituzionale è di per sé una dichiarazione etica e ogni parte della struttura organizzativa dell'Azienda deve contribuire alla realizzazione della *mission* definendo con chiarezza le responsabilità, i principali processi, i punti e le modalità di monitoraggio e controllo a livello di *performance* complessiva che, in ottica sistemica, può compiutamente realizzarsi solo attraverso comportamenti corretti da parte di tutti i soggetti che interagiscono: dipendenti, utenti, soggetti politici e *stakeholders* specifici.

L'interesse mostrato dai dipendenti durante i momenti di formazione e di diffusione del Codice di comportamento testimoniano la partecipazione attiva al sistema di gestione aziendale di prevenzione della mancata integrità e di promozione della buona amministrazione, seppur considerando il perdurare di un periodo particolarmente difficile connesso alla gestione pandemica ed al conseguente ripristino e recupero delle attività.

Il numero di richiami e procedimenti disciplinari è contenuto, gestito secondo le modalità regolamentate e tranne due situazioni verificatisi in anni passati, non particolarmente rilevanti dal punto di vista dei reati.

Compatibilmente con le risorse ed i vincoli contestuali si è continuerà ad investire sulla formazione e sull'informazione, prioritariamente verso i neoassunti e chi ha ricevuto incarichi di responsabilità nella gestione del personale e dei processi e continueranno i *focus* di aggiornamento con gli operatori di determinati settori con specifici rischi.

L'attività dell'Ufficio Interaziendale per i Procedimenti Disciplinari⁷⁸ nel corso del 2022 è stata maggiore a causa di un sensibile aumento delle segnalazioni ricevute sia per il personale del comparto che per quello della dirigenza (otto rispetto alle tre ricevute nel 2021). Nessuna di queste ha messo in evidenza violazioni disciplinari gravi, bensì, per la maggior parte dei casi, comportamenti, in generale, non corretti nei confronti dei colleghi, dell'utenza e della Direzione ed altresì condotte non rispettose delle disposizioni di servizio.

Con riferimento ai reati contro la PA: non si hanno notizie della definizione del procedimento a carico di due dipendenti per il reato di cui all'art. 323 c.p. di cui agli atti notificati nelle date del 20.12.2019 e del 30.12.2019, senza ammissione di patrocinio legale, sussistendo un potenziale conflitto di interessi con l'Azienda (nota del 14.01.2020)

Non si hanno notizie di procedimenti pendenti per responsabilità amministrativo/contabile a carico di dipendenti dell'Azienda (Corte dei Conti).

Nel periodo tra il 01.01.2022 e il 31.10.2022 è stato instaurato n. 1 giudizio amministrativo innanzi al TAR Piemonte in materia di procedure di affidamento di contratti pubblici.

⁷⁸ Delibera n. 618 del 15/12/2022 in <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta/>

In data 5 e 6 aprile 2022 l'Azienda è stata sottoposta a verifica sui requisiti di Accreditamento Istituzionale da parte del gruppo designato a livello regionale, ottenendone il pieno riconoscimento, senza non conformità, con apprezzamenti per il lavoro svolto a livello sistemico, per la qualità della documentazione aziendale e per il clima di collaborazione tra le strutture coinvolte e i professionisti interessati.

La Direzione considera di fondamentale importanza l'attività di monitoraggio e misurazione dei processi. Tale attività viene promossa attraverso controlli e Audit a cura dei responsabili di funzione preposti e mira ad esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni erogate. I report prodotti a seguito dell'audit interno si configurano come indicazioni finalizzate al miglioramento.

Dagli audit interni a vario titolo effettuati non sono emerse aree di particolare carenza, ma per lo più necessità di migliorare il rispetto delle procedure aziendali, in proporzione alle risorse disponibili ed alle necessità di aggiornamento e riattualizzazione delle stesse.

L'opinione che emerge dai dipendenti partecipanti ai corsi di formazione aziendale negli ultimi 4 anni registra un valore medio omogeneo che può essere sintetizzato in:

-indubbio riconoscimento di come il settore sanitario, anche pubblico, può essere molto a rischio di *maladministration* e deve essere tenuto sotto controllo costantemente, soprattutto perché lo spreco si traduce concretamente nell'impossibilità di fornire prestazioni necessarie a chi ne ha bisogno;

-l'autovalutazione della posizione aziendale rispetto alle aree maggiormente a rischio risulta positiva e anche dopo l'analisi degli episodi più gravi non emergono aspetti particolarmente critici;

-sensibilmente inferiore risulta la percezione dell'applicazione della Trasparenza a livello di conoscibilità interna all'organizzazione, soprattutto delle procedure di affidamento incarichi e progressioni di carriera, nonostante, in occasione delle ultime assegnazioni, sia stata data ampia comunicazione sia del timing previsto che dell'avanzamento dello stesso, dall'emissione degli avvisi fino alla pubblicazione degli esiti. Questo conferma il non completo utilizzo proattivo dei canali aziendali da tempo a disposizione dei dipendenti.

Il monitoraggio del contesto avviene a livello semestrale e la FPCT è a disposizione dei dipendenti.

Mappatura dei processi sensibili al fine di identificare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'Azienda a rischi corruttivi.

Per quanto riguarda lo specifico dei rischi anticorruttivi, la mappatura dei processi è stata avviata in Azienda nel 2015. La Direzione Generale, bilanciando la richiesta ANAC con la fattibilità e la sostenibilità del lavoro a carico delle strutture in relazione al contesto sopra descritto, ha scelto da sempre di mappare tutti i processi e le attività a maggiore rischio corruttivo delle strutture tecnico-amministrative e di riferirsi al livello Dipartimentale per quanto riguarda l'area clinica, utilizzando Referenti e Responsabili.

L'elenco dei processi sottoposti a valutazione dal punto di vista anticorruttivo è data dall'allegato⁷⁹, generato dall'applicativo gestionale alimentato semestralmente in occasione della valutazione dello stato di attuazione delle misure anticorruttive e dal riesame annuale dell'impianto dell'intero sistema.

Nel prossimo triennio, parallelamente alle riassegnazioni conseguenti al nuovo Atto Aziendale si procederà con i Responsabili ed i referenti delle Strutture a riesaminare i processi scelti per lo specifico rischio corruttivo, i documenti di riferimento, le modalità di monitoraggio e presidio, in un'ottica quanto più possibile sistemica rispetto alla protezione del Valore Pubblico e del buon funzionamento della Pubblica Amministrazione.

In modo particolare, sia alla luce di quanto previsto dal PNRR sia del percorso di progettazione del nuovo ospedale, si presterà attenzione all'integrazione con l'ambito antiriciclaggio e contrasto alla frode, come previsto dall' art. 10, comma 3, del d.lgs. n. 231/2007 che richiede infatti alle pubbliche amministrazioni di mappare i processi interni in modo da individuare e presidiare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, valutando le

⁷⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

caratteristiche soggettive, i comportamenti e le attività dei soggetti interessati ai procedimenti amministrativi. Come ricorda il PNA 2022-2025, infatti, la valutazione e la mappatura dei rischi sono tra i principali adempimenti imposti agli uffici pubblici anche dalla normativa antiriciclaggio. L'art. 10, comma 3, del d.lgs. n. 231/2007, richiede infatti alle pubbliche amministrazioni di mappare i processi interni in modo da individuare e presidiare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, valutando le caratteristiche soggettive, i comportamenti e le attività dei soggetti interessati ai procedimenti amministrativi. L'AO da anni ha un sistema di indicatori e di rendicontazioni annuali⁸⁰ che verrà rivisto anche alla luce delle specifiche previste per l'attuazione del PNRR.

L'Azienda Ospedaliera è cosciente dei rischi che in materia di protezione dati sono da prevedersi e per quanto possibile prevenire nei loro effetti, per garantire la gestione corretta dei dati personali degli utenti.

A questo proposito, nel caso di procedure informatiche che utilizzino nuove tecnologie o che presentino rischi elevati per le tipologie di dati che sono trattati, è stato già da tempo definita, ai sensi dell'art. 35 del GDPR, la procedura per la valutazione di impatto privacy, la cosiddetta DPIA, che consente di analizzare i sistemi e valutare le misure di sicurezza da attuarsi.

La valutazione di impatto si accompagna quindi con la tenuta e l'aggiornamento del registro dei trattamenti, in relazione alle finalità e alle caratteristiche, la definizione di procedure per garantire i diritti degli interessati, il sistema delle informative (art.13 GDPR), la formazione del personale dipendente e anche il monitoraggio continuo delle acquisizioni di prodotti e servizi che portino a trattare i dati anche di persone esterne all'azienda e quindi con le opportune garanzie, secondo quanto stabilito dall'art. 28 GDPR.

La presenza di un gruppo *privacy* strutturato e di supporto ai diversi Servizi aziendali e il confronto con il DPO sono ulteriori elementi che certificano e sostengono l'Azienda nel suo percorso, pur complesso, di tutela e protezione dei dati personali nell'ottica di una sempre maggior *accountability*.

Nel 2023 si procederà ad un censimento delle strutture secondo il Nuovo Atto Aziendale che governano mappature all'interno dell'Azienda, individuando i modelli di riferimento, i tempi ed i modi di monitoraggio e di rendicontazione nell'ottica di ottimizzare il patrimonio informativo e di coordinare le azioni e la loro pianificazione, tendendo ad una realizzazione sistemica del concetto di *risk management* (es. mappatura prevista a livello di antiriciclaggio e fronde e di buon governo dei fondi PNRR, trattamento dati, lavoro smartabile, rischio clinico).

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.

La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

La valutazione del rischio fino ad ora è stata effettuata secondo quanto previsto dal PNA 2013, che a sua volta fa riferimento alla Norma ISO 31000 ed alle successive integrazioni richieste dai Piani Nazionali Anticorruzione 2015 e 2016.

La valutazione del rischio corruttivo è stata strutturata in relazione a:

1. aree e sotto aree di rischio proposte nel PNA come elemento di aggregazione dei rischi.
2. processi a rischio definiti congiuntamente con il RPCT ed il suo staff, e sottoposti ai Responsabili di Struttura e Referenti misurare il grado di rischio secondo il modello per indici di probabilità ed impatto proposto dal PNA.
3. rischi corruttivi, validati dai Direttori e Responsabili a partire da un catalogo proposto dal sistema sulla base della storicità aziendale.
4. misure di prevenzione, definite dai Direttori/Responsabili e Referenti anticorruzione aziendali sulla base della storicità aziendale e di quanto effettivamente programmato e monitorato.

Nel mese di ottobre, come da scadenziario periodico, la FPCT ha inviato alla maggior parte dei

⁸⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/>

Responsabili delle strutture tecnico amministrative ed i loro Referenti una prima richiesta di trasmissione delle informazioni di pertinenza per la programmazione 2023 sia a livello di gestione *performance* che nello specifico di prevenzione della mancata integrità.

I rischi sono individuati dai Direttori/Responsabili di struttura o loro delegati (Referenti anticorruzione). Tali processi vengono proposti dall'applicativo ai soggetti responsabili a livello gestionale, decisionale o di controllo.

Per analizzare i rischi si traggono elementi da:

- analisi del contesto interno e esterno e loro evoluzioni e prospettive;
- eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'Azienda oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili, traendone notizia dai media e dalle reti regionali e associative nonché dai momenti formativi ai quali si prende parte;
- esiti del monitoraggio del PTPC e di altri controlli interni;
- segnalazioni ricevute tramite il canale del *whistleblowing* o tramite altra modalità, compresi i dati raccolti dalle segnalazioni gestite dall'URP e dai ricorsi e contenziosi in cui è coinvolta l'Azienda.

La FPCT elabora una matrice-formato preliminare al fine di facilitare la compilazione da parte delle singole strutture ed offre affiancamento per illustrare la metodologia e la logica da seguire.

La sostenibilità organizzativa delle misure è a carico del Responsabile della messa in opera delle misure stesse, così come l'individuazione della tempistica e delle fasi di realizzazione, con la dichiarazione degli indicatori di monitoraggio ed i valori attesi su cui si effettuerà la verifica di attuazione e di efficacia. Laddove le misure coincidano con obiettivi contemplati nelle schede di budget, il monitoraggio è seguito dalla Struttura Controllo di Gestione e valutato dall'OIV all'interno delle fasi previste nel Ciclo della Performance.

Il Collegio Sindacale contribuisce autonomamente alla tenuta sotto controllo di aspetti non solo formali connessi ad aree relative alla gestione del rischio di *maladministration* ed alla trasparenza.

L'analisi del rischio consente di individuare gli eventi a rischio più rilevanti e i processi più esposti ed è finalizzata a comprendere le cause degli eventi rischiosi per poter calibrare su di esse le misure più idonee a prevenirli, con il duplice obiettivo: riflettere sugli eventi rischiosi identificati nella fase precedente e con un'attenzione a partire da quanto emerge da altre realtà esterne confrontabili, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione e poi stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Rispetto ai fattori abilitanti⁹ degli eventi corruttivi è indispensabile conoscere i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. Dall'analisi di questi fattori emergono le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi, soprattutto laddove, coerentemente con la letteratura connessa al cosiddetto Triangolo della frode, possono essere individuate a livello di organizzazione.

È stato utilizzato l'elenco presentato nel modulo di formazione ANAC di ottobre 2021 per analizzare la specifica situazione contestuale alla luce dell'impianto organizzativo, della situazione configuratasi anche rispetto alle diverse fasi di pandemia ed ora ai recenti sviluppi previsti dal PNRR e dalle valutazioni in merito alla realizzazione del nuovo ospedale:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;

- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Alcuni spunti di miglioramento, leggendo i fattori di contesto analizzati, riguardano l'aumento dell'efficacia di taluni controlli negli snodi strategici, l'individuazione di misure che siano realmente sostenibili e rilevabili, soprattutto in chiave semplificativa. Talvolta è presente la difficoltà a mettere in atto nuove competenze che vedano protagonisti in prima persona i singoli soggetti, soprattutto a fronte di carichi crescenti di lavoro che tendono a far percepire un costante stato di urgenza e ad impedire non solo una normale programmazione ma una effettiva possibilità di innovazione ed analisi critica dei processi. In tali condizioni tutti i cambiamenti rischiano di essere vissuti come imposizioni calate dall'alto o ulteriori appesantimenti che difficilmente le persone riescono a far propri.

Mantenendo l'impostazione a base numerica, sia per una questione di economizzazione di risorse umane sia per consentire il confronto con le valutazioni precedenti, si valorizza la valutazione su scale di giudizio spontaneamente utilizzate dai dipendenti aziendali: la prima viene utilizzata per trovare conferma della seconda o come stimolo di discussione qualora la percezione non trovasse corrispondenza coi dati oggettivi.

Permane il problema di identificare criteri autoesplicativi che possano funzionare nella valutazione di tutti i processi e soprattutto, per quanto riguarda i dipartimenti clinici, che riescano ad offrire una fotografia completa e rappresentativa di tutte le strutture dell'unità organizzativa che spesso hanno profonde differenze tra loro.

Sarebbe molto utile, come costantemente esplicitato nelle diverse sedi, avere un modello di riferimento per il settore sanitario (*key risk indicators*).

In assenza di tale supporto allo stato attuale rimane in atto il modello di rilevazione dati e informazioni e di valutazione illustrato nei PTPCT degli anni precedenti⁸¹.

L'elemento maggiormente soggetto a variazione può essere legato alla presenza di segnalazioni interne o esterne.

La misurazione finale esita in una scala di rischio alto, medio, basso che l'applicativo traduce in 3 emoticon colorate universalmente interpretabili.

Ogni misurazione può essere motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

Effettuata la misurazione si procede con la ponderazione del rischio per decidere, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, quali necessitano di un trattamento e le relative priorità di attuazione.

Annualmente questa operazione consente anche di verificare la necessità dell'inserimento di nuove misure piuttosto che quella di dismetterne altre sia in relazione all'efficacia delle stesse che al variare del quadro di riferimento (normativo o contestuale) che le avevano rese necessarie.

L'allegato Valutazione dei rischi di mancata integrità, generato dall'applicativo in uso, offre una rappresentazione dell'andamento aziendale.

Una sottosezione a parte sarà costituita da quanto previsto dall'iter di valutazione di fattibilità della progettazione per il nuovo ospedale, anche tramite Partenariato Pubblico Privato (soprattutto per la parte relativa l'allocazione dei rischi) e delle eventuali fasi successive (gestione contrattuale e monitoraggi), qualora si intraprendesse questa strada.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.

⁸¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

Individuati i rischi corruttivi, l'Azienda programma le misure sia generali, previste dalla legge 190/2012, sia specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati.

Le funzioni dell'attuale sistema informatico consentono di associare ad ogni rischio corruttivo identificato per processo, un insieme di misure di prevenzione, atte a neutralizzare o quantomeno attenuare la probabilità o l'impatto del rischio corruttivo.

Le misure vengono individuate dal Responsabile del processo, ad esempio per quelli gestiti a livello centrale o dal Responsabile della Struttura di riferimento purché non in contrasto con quelle eventualmente stabilite aziendali e sono progettate rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Negli ultimi anni si è cercato di privilegiare le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità anche attraverso interventi di digitalizzazione.

Compito della FPCT è quello di verificare la congruenza delle misure prescelte e di favorire l'ottimizzazione e l'armonizzazione delle stesse sia in termini di efficientamento che di massimizzazione del risultato.

Nel definire le azioni da intraprendere si tiene prioritariamente conto delle misure già attuate e valuta come migliorare quelli già esistenti, anche per evitare di appesantire l'attività amministrativa con l'inserimento di nuovi controlli. La priorità nel trattamento è data dalla valutazione combinata di gravità del rischio e probabilità che esso si verifichi rispetto alle forze da mettere in campo rispetto all'efficacia attesa.

Il dettaglio delle misure è visibile nei report estraibili tramite applicativo gestionale; quelle particolarmente attenzionate nel 2023 sono contenute nell'allegato Maggiori misure di mitigazioni dei rischi e gestione del sistema aziendale complessivo.

Fondamentalmente quelle maggiormente considerabili sono attribuibili all'area della regolamentazione e del controllo che si incrociano con quelle di trasparenza nel senso di rendere conoscibili i regolamenti e le modalità previste per i controlli e di formazione/diffusione di informazioni, anche tramite le attività previste la diffusione del Codice di comportamento.

L'individuazione delle misure avviene con il coinvolgimento della struttura organizzativa, recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (Responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli *stakeholders*, pertanto, la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

Una volta predisposto l'elenco delle misure possibili viene effettuata la valutazione da parte dei proponenti, in collaborazione con la FPCT, considerando:

- la realizzabilità reale in tempi ben definiti, anche tenendo conto dell'accettabilità da parte di chi la dovrà effettivamente applicare
- la sostenibilità economica e organizzativa delle misure
- la capacità di incidere sui fattori di rischio
- la misurabilità dell'avanzamento e del risultato.

La particolarità degli anni 2020-2022 contraddistinti dall'impegno costante nella gestione emergenziale non ha consentito alcuna modifica del sistema né il coinvolgimento di tutti i Responsabili di settore, concentrandosi sul confronto con alcuni di loro soprattutto per quanto riguarda le misure più direttamente connesse alla gestione della pandemia (es approvvigionamento/servizi/lavori, acquisizione del personale).

Le condizioni abilitanti del 2022, intese come fattori in presenza dei quali aumenta la probabilità di successo della *performance* in vista di un sempre miglior grado di realizzazione del Valore Pubblico, appaiono buone sia per l'apporto di risorse, economiche ed umane, connesse al PNRR sia per l'operazione di riesame e riordino preventivata dalla Direzione.

La capacità di proteggere il Valore Pubblico e di presidiare le condizioni favorevoli è compito, come si ripete nei corsi di formazione al Codice di Comportamento, di tutti i dipendenti.

Per questo, come evidenziato nel paragrafo precedente, alcuni obiettivi esplicitano l'impegno trasversale a garantire una buona gestione del rischio: ambientale (fisico e psicologico) delle persone presenti a vario titolo nell'Azienda (ad opera del SPP, MC, Rischio Clinico), comportamentale (FPCT e organismi deputati alle misure più legate ai comportamenti) e discriminatorio (CUG), nel trattamento dati, nonché quello presidiato, nello specifico, a livello centralizzato da alcune strutture/figure, come quello normativo, finanziario, reputazionale, di abbassamento della qualità delle prestazioni o di soddisfazione da parte degli utenti.

Il risultato di un sistema di gestione del rischio che funziona si vede anche nel raggiungimento complessivo della *performance*.

La misura preventiva essenziale all'interno dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo è da sempre l'appropriatezza nelle sue varie dimensioni.

Lavorare in un'ottica di appropriatezza a tutti i livelli ed a partire dalle prestazioni clinico assistenziali, *core business* di questa organizzazione, è considerato centrale per la realizzazione della *mission* e della buona amministrazione. I monitoraggi all'uso previsti sono da ritenersi a tutti gli effetti come parte attiva del sistema di prevenzione della non integrità e si correlano con quelli più direttamente connessi all'approvvigionamento, ai lavori pubblici, ai rapporti con le ditte ed i fornitori, alla libera professione, alle attività extra-istituzionali e si connettono in maniera sinergica con i lavori a livello clinico- organizzativo. La chiave di lettura portata avanti con la "formazione in qualità" fin dalla fine degli anni 90 è quella dell'appropriatezza come "il fare la cosa giusta al momento giusto per la persona giusta" ricordando che lo spreco, nella Sanità pubblica, si traduce nel non offrire a qualcuno ciò di cui ha bisogno ("ciò che spreco per uno lo tolgo ad un altro").

L'appropriatezza delle prestazioni, assegnata come obiettivo operativo alla maggior parte delle strutture sanitarie, si realizza prima di tutto attraverso:

- il contenimento delle liste di attesa e dei tempi di ricovero
- la definizione di PSDTA/percorsi che ottimizzino tempi, consumo di risorse, appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza ed efficienza nell'utilizzo delle strutture
- la personalizzazione delle cure correlata però alla capacità di offrire percorsi assistenziali in linea con le evidenze scientifiche
- l'appropriatezza prescrittiva
- l'integrazione tra ospedali e strutture territoriali anche al fine di individuare le forme più idonee di gestione del servizio, volte al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino, ottimizzando le risorse a disposizione
- le iniziative di continuità ospedale-territorio.

Tra novembre e gennaio dell'anno successivo viene valutata ogni singola misura al fine di verificarne il livello di attuazione, l'efficacia e, in relazione ai fattori abilitanti al contrasto del verificarsi dei rischi individuati, la necessità di mantenimento o variazione.

Salvo diversa indicazione il timing assegnato alle misure è annuale e il loro monitoraggio semestrale.

Le misure generali previste da ANAC⁸², intervengono in maniera trasversale sull'intera Azienda e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e rimangono attuali:

1-riesame e diffusione del Codice di comportamento aziendale. In seguito alla DGR n. 9-4694 del 25.02.2022, frutto di un lavoro di confronto all'interno del tavolo regionale Anticorruzione e Trasparenza, alle indicazioni da più fonti pervenute di esplicitare il rapporto dei dipendenti con i social e la cybersicurezza in generale la FPCT ha dato avvio ad una rilettura del documento all'interno del quale erano già compresi i suddetti concetti principali.

⁸² Parte III del PNA 2019-2021

Il nuovo Codice di comportamento per i lavoratori della PA, che riforma il DPR 62 del 2013, esaminato l'1.12.2022 in prima lettura dal Consiglio dei Ministri propone una serie di precisazioni ed attualizzazioni che attendiamo prima di rimettere formalmente mano al Codice aziendale.

Considerando la complessità della revisione che vuole essere sottoposta ad una consultazione pubblica e la necessità di un'attenta ponderazione del rapporto costi/benefici rispetto ad apportare cambiamenti ad un documento diffuso capillarmente nell'ultimo triennio, ci si propone di confrontarsi preventivamente con i Responsabili delle strutture maggiormente coinvolte dalle variazioni principali per sottoporre alla Direzione la proposta di lavoro. Continua, in ogni caso, la raccolta a cura della FPCT di tutte le proposte di modifica pervenute dall'interno, sia attraverso l'analisi delle casistiche sia di quanto raccolto durante la formazione e dalle sollecitazioni normative e culturali esterne.

La vigilanza sulla effettiva attuazione delle regole contenute nel documento, è svolta con la cooperazione di una pluralità di soggetti:

- Direttori/Responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del d.lgs. 165/2001, artt. 13 e 15 del DPR n. 62/2013);
- superiore gerarchico/ruoli con responsabilità di gestione del personale in ciascuna Struttura;
- Strutture di controllo interno, tra le quali l'OIV e il Servizio Ispettivo Aziendale;
- Ufficio Interaziendale per i Procedimenti Disciplinari (UIPD) cui spetta il compito di esaminare le segnalazioni di violazione del Codice e di attivare il procedimento in contraddittorio con il dipendente, secondo quanto previsto all'art. 55-bis del d.lgs. 165/2001
- CUG in relazione agli episodi di cui può essere portato a conoscenza dai dipendenti stessi;
- utenti e associazioni di cittadini, *stakeholders* esterni che segnalano eventuali violazioni del Codice di comportamento ad esempio tramite l'URP, la Conferenza di Partecipazione, gli audit civici.

Una riflessione relativa alle ricadute delle misure individuare in termini di doveri di comportamento verrà specificamente richiesta in fase di predisposizione del Nuovo Codice, valutando se l'attuale articolazione dei doveri di comportamento sia sufficiente a garantire il successo delle misure, ovvero se non sia necessario individuare ulteriori doveri di comportamento, da assegnare a settori o Strutture o a determinati dipendenti o categorie di dipendenti.

A fine 2022 è stato rivisto anche il Regolamento dell'Ufficio Interaziendale per i Procedimenti Disciplinari con relativi Codici disciplinari annessi e si è provveduto ad una prima diffusione attraverso i canali aziendali ed un momento informativo rivolto a Direttori, Responsabili e Coordinatori di struttura.

Si attende la DGR relativa al coordinamento della regolamentazione che ciascuna Azienda ha in materia di incarichi ed attività extra istituzionali per valutarne la necessità di attualizzazione.

L'Azienda ha deciso, coerentemente a quanto disposto negli ultimi anni, di mantenere un Codice che sia un riferimento essenziale e contestualizzato ma con rimando generale ai regolamenti ed ai diversi documenti aziendali che disciplinano specifiche aree o a cui sono soggetti solo determinate categorie di dipendenti.

Considerando l'impulso alla riattualizzazione di molti regolamenti ed alla formalizzazione di documenti riguardanti nuove aree, si continuerà ad invitare tutte le strutture responsabili degli atti regolatori a seguire i format messi a disposizione dalla Funzione Qualità ed Accreditamento e a dislocarli in un'unica area così che siano più facilmente reperibili da tutti gli interessati, anche al di fuori dell'Azienda.

2-L'aspetto più difficile da operativizzare, monitorare ed esemplificare pertiene la gestione del conflitto di interessi.

Oltre a quanto menzionato nel Codice e diffuso tramite esso, semestralmente la FPCT chiede un riscontro alle strutture che maggiormente raccolgono autodichiarazioni. In modo particolare nell'ambito delle varie Commissioni e di quanto richiesto per il PNRR e l'antiriciclaggio, si procederà ad un controllo a campione, con il supporto del Servizio Ispettivo Interno.

Nel corso del 2022 il Coordinamento regionale degli RPCT ha organizzato alcuni focus in merito e, in attesa della formalizzazione del PNA 2022-25 che contiene specifico allegato e del nuovo Codice dei Contratti Pubblici, è stato condiviso un possibile percorso di monitoraggio anche tramite audit alla pari di cui, al momento attuale, non è possibile dare conto più puntuale.

Anche le eventuali attese indicazioni della realizzazione del cosiddetto Sunshine Act a livello nazionale potrebbe avere delle ricadute nella gestione dei monitoraggi su tali tematiche.

Permane la difficoltà ad individuare forme di controllo efficaci e sostenibili.

3-Verifica delle situazioni di Inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Nell'area web Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali/Provvedimenti di recepimento dell'Atto Aziendale vengono costantemente pubblicati gli atti ed i provvedimenti in base ai quali vengono assegnati gli incarichi aziendali ed interaziendali⁸³

Con deliberazioni n. 1146 del 25 settembre 2019 e n. 713 del 4 agosto 2020, ANAC ha chiarito che gli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli Enti del SSN, non rientranti nei ruoli della dirigenza sanitaria, sono soggetti alla normativa sulla inconferibilità e incompatibilità.

Viene esplicitata nella formazione e si valuterà nella prossima revisione del Codice di comportamento la necessità di esplicitare maggiormente la posizione da tenere in caso di citazione in giudizio e condanna.

Attualmente vengono acquisite le autocertificazioni previste dalla normativa, effettuati i controlli su tutti i neoassunti ed in modo particolare sulla Direzione e sui Direttori di Struttura complessa.

4- Prevenzione, emersione e gestione dei divieti post-employment (pantouflage/revolving dors): nel 2023 verrà emesso e diffuso un documento che chiarisca ad uso di tutti i dipendenti il divieto; in assenza di ulteriori specifiche indicazioni e delle difficoltà di porre in essere controlli efficienti a fronte di un fenomeno che appare molto limitato in proporzione alla numerosità di persone che hanno poteri decisionali, con la collaborazione del Servizio Ispettivo Interno si provvederà a controlli a campione circoscritti.

Nella comunicazione di incarico e nel provvedimento di cessazione nonché nella lettera di trasmissione dello stesso a tutti i dipendenti dell'Azienda viene ricordato:

"Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. 165/2001 e si impegna fin d'ora, nel caso eserciti in concreto poteri autoritativi o negoziali nei confronti di soggetti privati, a non prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo presso i medesimi soggetti, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro."

Analogamente nei documenti di gara e nei contratti di lavori, servizi e forniture, gli operatori economici dichiarano di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto (Patti di integrità).

I controlli ordinari scattano in caso di rifiuto alla sottoscrizione o in caso di segnalazioni pervenute dall'interno o dall'esterno dell'AO.

5-La rotazione ordinaria e straordinaria

Come condiviso nei diversi tavoli di lavoro regionali e nazionali è difficile pianificare una rotazione che non sia quella collegata al riesame di incarichi e referenza, in quanto il numero delle risorse umane, in special modo apicali, e soprattutto le competenze richieste nei diversi settori nonché le specialità di ambito medico sanitario sono vincolanti per l'espletamento delle attività ed il buon andamento dell'amministrazione.

⁸³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>
<http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/>

Per quanto riguarda le modalità di assegnazione degli incarichi dirigenziali e di comparto sono state elencate le caratteristiche richieste ai ruoli dirigenziali nell'Atto Aziendale e nel Piano di Organizzazione, definiti i criteri di assegnazione nel provvedimento⁸⁴, tempestivamente pubblicati il cronoprogramma previsto per la messa in atto delle procedure e le eventuali variazioni allo stesso, gli avvisi, l'esito delle valutazioni e di assegnazione.

Non è allo stato attuale possibile programmare una rotazione ordinaria che consenta di salvaguardare la competenza richiesta al ruolo, preveda un processo di formazione a nuovi incarichi e un periodo di affiancamento efficace nel passaggio di consegne, pertanto si individuano misure alternative alla rotazione ordinaria.

Al fine di evitare che il potere decisionale si concentri in una sola persona per troppo tempo si ricorre ogni volta che sia possibile a meccanismi collegiali anziché a differenti postazioni di controllo del procedimento, assegnate a persone diverse. Le modalità individuate sono descritte in genere nei Regolamenti di attività (es Sponsorizzazioni, Libera professione, Ricerca clinica) o fanno parte delle procedure previste dalla normativa (es Commissioni di concorso e di approvvigionamento).

All'interno delle Commissioni di concorso e di gara viene messa in atto l'alternanza dei componenti tecnici, del personale di segreteria e laddove possibile dei RUP.

La rotazione di RUP e DEC avviene nell'ambito del personale dirigente e del personale del comparto con incarico di funzione, laddove presenti.

In considerazione del numero di concorsi pubblici espletati nel 2022 ed in programma nel 2023, soprattutto quando il numero dei candidati è significativo, si ricorre quando necessario al Comitato di Vigilanza all'interno dei quali si provvede alla rotazione del personale disponibile, così come dei segretari, a partire dalla verifica di assenza di interessi anche solo potenzialmente o apparentemente in conflitto e alle esigenze di servizio, come emerge dai rispettivi provvedimenti.

I componenti dei Comitati di vigilanza a cui spettando le funzioni pratiche durante lo svolgimento dei candidati (es vigilanza in presenza, accompagnamenti e controlli) sono sempre diversi dai componenti delle Commissioni al fine di evitare qualsiasi possibile commistione tra i diversi ruoli.

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole "*condotte di natura corruttiva*", le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata. La FPCT nel 2023 provvederà a richiedere l'inserimento nel Sistema Qualità Aziendale di un documento contenente le modalità per la messa in atto di tale misura.

6- La formazione

Un livello più generale, pianificato annualmente con la S.S. FVO che si occupa di tutti gli aspetti organizzativi, è rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze e alle tematiche dell'etica e della legalità.

A questo livello appartengono:

- il corso residenziale interno per tutti i dipendenti, attivo dal 2018, che mira alla diffusione del Codice di comportamento e dei principali regolamenti correlati;
- la diffusione alle diverse categorie di interessati di corsi ed eventi, soprattutto usufruibili via web ed in maniera asincrona, di cui la FPCT viene a conoscenza.

Nel 2023 proseguirà il percorso proposto all'interno della convenzione AGENAS Regione Piemonte a sostegno degli RPCT.

Una formazione particolare viene considerata per il RPCT, lo staff della FPCT, i Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza in relazione alle necessità specifiche, mirata a valorizzare

⁸⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/titolari-di-incarichi-dirigenziali/>

le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

A questo livello appartengono:

- i corsi webinar sia diffusi dalla FPCT sia liberamente individuati dai singoli dipendenti, tra cui quelli in materia di antiriciclaggio; laddove possibile i materiali preselezionati vengono inseriti nella cartella intranet "Trasparenza" liberamente accessibile a tutti i dipendenti;
- quelli specificamente organizzati in sede su proposta della FPCT o su richiesta di gruppi di dipendenti;
- percorsi di formazione specifica per i dipendenti che seguono attività a più elevato rischio di corruzione, percorsi e programmi di formazione, anche settoriali, tra cui, a titolo di esempio non esaustivo coloro che si occupano di gare e contratti, concorsi, ricerca e sperimentazione (L. 190/2012 art. 1, co. 9, lett. b e c).

In modo particolare sarà pianificata specifica attività teorico pratica finalizzata alla conoscenza del nuovo Codice dei contratti e delle modificazioni rispetto alla gestione ad oggi adottata, nonché, in relazione alle possibili evoluzioni delle modalità di progettazione del nuovo ospedale, all'acquisizione delle competenze necessarie.

È allo studio, su stimolo del CUG e della DIPSA, la costituzione di un punto di riferimento per eventuali situazioni che richiedano valutazioni o condivisioni a livello etico.

In relazione alla valutazione di fattibilità della gestione della progettazione del nuovo ospedale anche attraverso Partenariato Pubblico Privato, analogamente a quanto avvenuto per la condivisione degli elementi previsti dal PIAO, sono stati condivisi materiali formativi in merito.

All'interno della cartella di rete intranet Trasparenza e tramite i sistemi di archiviazione condivisa nelle cartelle di rete comuni vengono costantemente messi a disposizione materiali utili, spesso corredati di commenti orientativi al fine di facilitarne il reale utilizzo.

I momenti di formazione residenziale interna sono una preziosa occasione per la discussione di casi concreti, l'esemplificazione contestuale e contingente, la raccolta di opinioni e proposte da parte dei dipendenti.

Dall'analisi dei contributi raccolti durante la valutazione scritta emergono dati sovrapponibili a quelli delle edizioni degli anni precedenti tra cui: miglioramento della comunicazione e trasparenza interna soprattutto in termini di progressioni/ruoli e referenze, implementazione della formazione anche attraverso la trattazione di casi dal punto di vista etico, *reminder* progressivi rispetto al Codice di comportamento. Le persone valutano comunque "sano" l'ambiente dell'AO S.Croce e Carle e proprio durante la presentazione di casi e situazioni riscontrate all'interno dell'Azienda si raccolgono le opinioni dei dipendenti circa l'attuale sistema di gestione ed eventuali aspetti su cui è più facile che si esprimano perplessità (es libera professione, valutazioni, obiettivi) rispetto a quelle che fanno emergere necessità di maggior conoscenza delle regole aziendali (es attività extraistituzionali, corrette modalità di comunicazione). L'area tematica su cui convergono interesse-curiosità e necessità di formazione-sensibilizzazione pertiene l'utilizzo di social e dispositivi sia durante l'orario di lavoro sia rispetto ai possibili risvolti che possono manifestarsi per un dipendente pubblico anche al di fuori del turno di servizio e della postazione lavorativa. In accordo con la DIPSA ed il CUG si riproporrà alla SS FVO di prendere in considerazione questa necessità.

Gli elementi emersi vengono raccolti dalla FPCT, analizzati ed utilizzati in tutte le fasi di costruzione e di monitoraggio del PIAO attraverso le diverse forme di rendicontazione e nell'attualizzazione annuale dei materiali e delle situazioni presentate durante la formazione aziendale.

La scelta di utilizzare il più possibile docenti interni non è legata solo all'ottimizzazione delle risorse economiche ma anche alla concretizzazione reale dei riferimenti aziendali menzionati (il messaggio

centrale è sempre: “nel dubbio, piuttosto che fare o non fare, chiedete”), alla gestione immediata di alcune informazioni (l’obiettivo è la riduzione delle *fake news* interne) ed alla messa in comune tra gli uffici competenti delle domande/osservazioni/proposte che emergono, aumentando il senso di squadra e la valorizzazione dell’appartenenza alla specifica organizzazione pubblica.

Questa circolarità rende più facile monitorare e verificare il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro adeguatezza, non soltanto attraverso gli indicatori che si sono consolidati e che vengono utilizzati per il monitoraggio sia centralizzato che locale dei processi mappati ma anche incrociando le percezioni descritte e le risposte inserite nelle schede di valutazione presenti in ogni corso anche non accreditato ECM.

Durante i momenti di informazione e attraverso la apposita casella mail⁸⁵ è sempre possibile segnalare bisogni formativi generali o contestuali attinenti ai temi di competenza della FPCT, così come in occasione dei monitoraggi semestrali.

Tutti i materiali acquisiti dalla FPCT possono essere messi a disposizione dei richiedenti che a loro volta possono condividerne con la stessa o richiederne la diffusione, tramite la cartella Trasparenza presente sulla rete intranet accessibile a chiunque abbia un’utenza di rete interna.

In fase di programmazione la FPCT ha proattivamente proposto ai maggiori Ordini professionali ed ai Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie di collaborare nei percorsi formativi per il 2023.

7-Gestione del whistleblowing.

Nel periodo di sperimentazione di suddetta modalità, mentre sono rimasti in uso i canali tradizionali (mail dedicata, mail al RPCT o alla FPCT, lettera riservata personale al RPCT o incontro in presenza) non sono mai pervenute segnalazioni tramite il canale *whistleblowing*. Periodicamente viene effettuata una prova di funzionamento della procedura inserendo una segnalazione fittizia.

Nei momenti formativi-informativi viene sempre ribadita la procedura interna e la logica sottostante alla segnalazione sia attraverso i canali aziendali che sono tornati così a basarsi sui meccanismi precedenti all’adozione di una piattaforma, sia direttamente ad ANAC, sottolineando bene la differenza in termini di tutela per chi sceglie il percorso *whistleblowing* rispetto agli altri canali ordinari previsti.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), per quanto non tra i soggetti esplicitamente menzionati nella procedura di gestione del *whistleblowing*, viene sempre interpellato. Nel 2022 non ha ricevuto segnalazioni dirette né è venuto a conoscenza di casi in cui non sia stato rispettato quanto previsto dalla normativa in tema di tutela del segnalante.

Il sostituto RPCT in caso di conflitto di interesse dello stesso per ambiti, temi e soggetti coinvolti è il Direttore Amministrativo che agisce secondo la medesima procedura e garantisce le medesime tutele previste da chi sceglie questo canale e la cui documentazione renda accoglibile l’istanza.

Nel corso del 2023 verrà riesaminata la procedura aziendale alla luce delle direttive europee e della rivalutazione della possibilità di adottare una piattaforma informatica di gestione, una volta assegnati gli incarichi maggiormente coinvolti nella gestione del processo del *whistleblowing*.

Oltre alle sopracitate misure generali vengono individuate misure specifiche che agiscono in maniera puntuale su alcuni processi tra cui, a titolo di esempio: le attività svolte in Libera Professione, la gestione dei fondi PNRR, la progettazione del nuovo ospedale.

Tutte le misure individuate sono visibili dalle stampe ricavabili interrogando l’applicativo gestionale. In allegato sono estrapolate quelle ritenute più significative o quelle di recente introduzione.

In alcuni casi le misure di contrasto sono riconducibili ad attività di monitoraggio: per questo possono essere contenute anche nel file allegato relativo ai monitoraggi.

⁸⁵ trasparenza@ospedale.cuneo.it

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sottoposti alla Direzione proseguono in continuità con gli anni passati e funzionano da stimolo per le Strutture ed i Dipartimenti.

Esempio di obiettivo proposto per Strutture di staff e Dipartimenti clinici macro obiettivo riconducibile alla Prevenzione della corruzione ed alla realizzazione della Trasparenza (nel 2022 obtv. n. 2).

INDICATORE	STANDARD
Invio dati relativi agli indicatori previsti nel monitoraggio delle misure di contrasto (attuazione misure previste nel PIAO e nell'applicativo, invio degli elementi di contesto interno)	a) 15/07/2023 b) 11/11/2023

Il coordinamento da parte del RPCT è contenuto all'interno della SVI in riferimento all'incarico dirigenziale.

INDICATORE	STANDARD
a) Gestione adempimenti Trasparenza b) Monitoraggio misure anticorruptive	a) Elaborazione documenti entro scadenze previste dalla normativa b) Secondo scadenze previste dalla normativa

Considerando la portata di quanto previsto dal PNRR e dalle valutazioni per la progettazione e realizzazione del nuovo ospedale, in particolar modo attraverso PPP che prevede specifici passaggi di valutazione e allocazione dei rischi, ambiti che coinvolgono trasversalmente tutte le strutture in staff e tecnico amministrative e che prevedono uno sviluppo in un arco temporale esteso, si concentreranno gli sforzi attorno al mantenimento del sistema di gestione rischi esistente integrando al suo interno il più possibile le iniziative a questi due grandi impegni collegate.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.

Molteplici sono le attività di monitoraggio ordinariamente previste nei processi gestiti in Azienda, come descritto nell'apposito capitolo 4 del PIAO.

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, consentendo in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie (cfr. Parte II del PNA 2019, PNA 2023-25).

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio" e vengono utilizzate annualmente per la pianificazione e nella Relazione annuale del RPCT.

L'attività di monitoraggio non coinvolge soltanto il RPCT, che ne resta il responsabile per le parti di competenza, ma interessa attivamente i Referenti, i Responsabili/Direttori e l'OIV che concorrono, ciascuno per i propri profili di competenza, a garantire un supporto al RPCT nel suo ruolo di coordinatore. Questo rappresenta, del resto, un dovere istituzionale, come ribadito nel Codice di Comportamento, a prescindere che sia previsto da obiettivi di budget o di incarico.

La descrizione delle modalità e dei tempi dei monitoraggi è compito del Responsabile/Direttore di Struttura/Dipartimento, con il supporto e la supervisione del RPCT. Sempre al Responsabile di Struttura/Dipartimento, spetta il compito di verificare l'attuazione di quanto previsto e di fornirne debita documentazione basata su dati oggettivabili e documentabili.

La FPCT monitora periodicamente la verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio: semestralmente richiede alle singole strutture/funzioni/ruoli le evidenze ed annualmente procede con la valutazione complessiva degli elementi raccolti in vista del riesame che riguarda il funzionamento del sistema e quindi della successiva programmazione.

Le tipologie di monitoraggio sono organizzate su 3 livelli, come descritto nel PTPCT.

I monitoraggi di 1° livello corrispondono alla trasmissione dei flussi informativi concordati alla FPCT dalle singole strutture e si basano su batterie di indicatori (di monitoraggio e di anomalia) e sulla segnalazione tempestiva di accadimenti o quasi accadimenti piuttosto che di informazioni "straordinarie o estemporanee" che possono essere utile al contesto ed alla gestione del sistema aziendale.

Può essere attuato in autovalutazione da parte dei referenti o dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che hanno la responsabilità di realizzare le misure oggetto del monitoraggio, fornendo al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura.

Soprattutto nelle aree a più alto rischio, questo livello deve essere utilizzato in combinazione con l'azione di monitoraggio svolta dal RPCT o da organi indipendenti rispetto all'attività da verificare.

Gli attori principali sono i referenti della FPCT ed i Responsabili di Struttura/Dipartimento.

La rendicontazione dei monitoraggi di primo livello, salva diversa indicazione, è di norma semestrale e riguarda tutti i processi mappati.

Al fine di avere a disposizione per le scadenze normalmente previste (relazione semestrale e pianificazione da mettere in consultazione a inizio dicembre) a luglio si richiede la valutazione del primo semestre dell'anno solare e degli ultimi due mesi dell'anno concluso mentre a novembre si raccolgono i dati da luglio a fine ottobre.

L'evidenza delle valutazioni di primo livello è presente all'interno dell'applicativo gestionale in uso.

I monitoraggi di 2° livello riguardano invece i controlli posti in essere da un soggetto diverso da chi gestisce l'attività ed effettua l'autovalutazione (anche all'interno della stessa struttura) oppure gli audit appositamente condotti all'interno dell'AO.

Questi controlli non riguardano tutti i processi, ma soltanto alcuni, selezionati con campionamento ragionato quando non predefiniti dalla normativa o da altre esigenze aziendali (es budget/obiettivi).

Il monitoraggio attraverso audit viene documentato rendendo evidenza dei processi/attività oggetto di indagine, delle periodicità e delle modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio di secondo livello, il RPCT tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di controllo, tenendo conto anche dell'esigenza di includere i processi/attività non verificati negli anni precedenti.

Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT poiché a queste pianificate si aggiungono quelle non pianificate che vengono attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del *whistleblowing* o con altre modalità (es. flussi informativi e/o *red flags*).

L'attuale scansione temporale prevista per i monitoraggi che, in caso di obiettivi di budget specificamente assegnati in merito, coincide con gli standard di verifica, risponde alle esigenze di pianificazione e reportistica.

La rendicontazione dei controlli di secondo livello deve essere almeno annuale, ma normalmente è semestrale.

I monitoraggi di 3° livello sono quelli posti in essere da un soggetto esterno all'Azienda. Possono essere periodici o una tantum, attesi o concordati oppure comunicati dall'ente istituzionale che lo metterà in atto. Rientrano in questa ultima casistica quelli realizzati da parte delle forze di polizia, delle Procura e delle attività giudiziarie o amministrativo-contabili o da ANAC⁸⁶.

Normalmente tali controlli vengono comunicati direttamente alla Direzione così come le rendicontazioni successive.

Gli esiti degli stessi devono essere trasmessi dalle strutture interessate almeno annualmente alla FPCT, tempestivamente, se soggetti a obbligo di pubblicazione⁸⁷ così come le eventuali azioni di miglioramento conseguenti.

L'evidenza delle valutazioni di terzo livello è presente nelle relazioni periodiche curate dalla FPCT.

La sintesi dei maggiori monitoraggi previsti all'interno del sistema di gestione del rischio di mancata integrità è presente in allegato, da cui si evince il progressivo sforzo di orientarsi in una gestione integrata dei rischi proprio a partire dai monitoraggi che già abitualmente le Strutture e le specifiche Funzioni o gruppi di lavoro mettono in atto.

Il monitoraggio previsto dall'applicativo gestionale adottato per l'anticorruzione rende disponibili due modalità da parte delle strutture decentrate e degli amministratori di sistema, a cadenza semestrale mediante:

- un commento testuale da compilare per ogni misura
- un'indicazione numerica di avanzamento della misura, eventualmente correlata da commento.

I dati inseribili nel software gestionale riguardano fundamentalmente i controlli di primo livello ma offrono lo spunto per controlli di secondo livello sul piano aziendale e possono consentire il caricamento o la menzione degli esiti di controlli di terzo livello.

L'applicativo prevede un primo monitoraggio estivo riferito al periodo 1/1 -30/06 a cui sono da aggiungersi eventuali valori o episodi registratisi tra il 1/11 e il 31/12 dell'anno precedente ed un secondo monitoraggio riferito al periodo 1/7-31/10.

Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato.

La Trasparenza è considerata di per sé misura per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e viene poi declinata in diverse azioni in relazione alle maggiori aree di rischio che prevedono come deterrente la messa a conoscenza interna ed esterna di atti, provvedimenti, attività, risultati e quanto di volta in volta previsto.

Come si ricorda nella formazione tenuta dalla FPCT ed in particolare quella relativa al Codice di comportamento, il legislatore ha attribuito un ruolo di primo piano alla trasparenza affermando, tra l'altro, che essa concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza ed equità, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è anche da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione e concorrendo alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

⁸⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

⁸⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

Il RPCT e la FPCT coordinano la raccolta dati attraverso uno scadenziario aziendale, sollecitano i Responsabili alla trasmissione, si interfacciano con le Strutture in caso di approfondimenti o chiarimenti, programmano ed effettuano la formazione, nonché rimangono a disposizione all'interno ed all'esterno dell'AO per le tematiche in oggetto.

I Responsabili della trasmissione e i Responsabili della pubblicazione sono individuati nell'elenco allegato⁸⁸.

La base conoscitiva dello stato della Trasparenza è data fondamentalmente da quanto visualizzabile sul portale www.ospedale.cuneo.it, dagli esiti dei monitoraggi interni a FPCT e dagli audit, messi a disposizione per la relazione annuale RPCT su griglia ANAC e per l'attestazione OIV degli obblighi di pubblicazione nella prima parte dell'anno solare.

Il registro accessi e il conteggio analitico delle visite alle diverse aree del sito forniscono dati orientativi quantomeno su ciò che interessa maggiormente all'utenza. In caso di segnalazioni da parte dell'OIV, da ANAC o di altri interlocutori esterni la verifica della richiesta e il suo assolvimento in caso di fondatezza sono a carico del RPCT.

La trasmissione da parte di chi non provvede autonomamente alla pubblicazione avviene sempre via mail istituzionale.

Solo un numero ridotto di Strutture e in pochi ambiti provvedono alla pubblicazione in autonomia dei propri dati (Amministrazione del Personale per quanto riguarda l'Area Bandi e Avvisi che è peraltro una delle tre aree con maggiori accessi al sito, i Consulenti e Collaboratori e i Tassi di assenza; Acquisti e Tecnico per quanto riguarda la sezione Bandi di Gara e Contratti; il Patrimonio e Attività Amministrative Trasversali per ciò che concerne i provvedimenti pubblicati sull'Albo pretorio/ delibere e determine e le aree extra Amministrazione Trasparente, tra cui quella riferita alla Libera Professione, le Sponsorizzazioni, le Donazioni, l'URP ed il rapporto con le Associazioni ed il terzo settore).

In tutti gli altri casi provvede la FPCT.

La ricognizione ufficiale degli obblighi di trasparenza da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" come disegnata dal legislatore nell'Allegato A) del D.lgs. 33/2013 avverrà, come sempre, in occasione dell'attestazione da parte dell'OIV.

Contestualmente alla compilazione di suddetta griglia l'Azienda provvede al monitoraggio dell'intera area e ad effettuare audit in collaborazione con la SS Interaziendale Comunicazione e ufficio stampa e la SCI Legale.

Gli indicatori di monitoraggio rimarranno gli stessi degli anni precedenti:

- copertura della pubblicazione rispetto agli obblighi: standard 95%;
- rispetto delle scadenze previste: 99 % di quelle dipendenti dall'Azienda;
- completezza rispetto al contenuto: 95%;
- apertura del formato e riutilizzabilità dei dati: 93% (considerando accettabili i formati previsti dal pacchetto Office) e al netto dei documenti che vengono messi a disposizione al di fuori di AO o generati automaticamente e su cui non si ha margine di azione.

Per garantire il diritto all'oblio si continuerà a rivedere tutte le sezioni di archivio e oscurare quelle riferite ai 5 anni precedenti. Non esistono al momento sistemi automatici di depubblicazione o di sottrazione alla visualizzazione al di fuori di quelli pre-impostati per i documenti di gara.

La gestione delle richieste di accesso indirizzate all'Azienda è descritta in apposita procedura pubblicata⁸⁹ e la rendicontazione viene pubblicata a livello semestrale. Non sono mai pervenute richieste di accesso civico. Nel 2023 verrà rivista la procedura interna, anche alla luce degli sviluppi del nuovo sistema di protocollazione ed archiviazione.

All'interno della reingegnerizzazione dei processi previsti dalla gara di gestione del protocollo e del sistema documentale sono state richieste proposte in merito ad una gestione più semplice e automatizzata delle valutazioni sui documenti da pubblicare, in primis i provvedimenti, dal punto di vista dei dati personali e della trasparenza.

⁸⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

⁸⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-accesso-civico/>

Si attendono a livello nazionale specifiche indicazioni su come provvedere correttamente alle pubblicazioni citate in atti normativi successivi tra cui quelle di seguito elencate.

- Misurazione e pubblicazione dei tempi effettivi di pubblicazione dei procedimenti amministrativi rispetto allo standard dichiarato in quanto tempo massimo accettabile (rif DL 76/2020)
- Lo scorso giugno è entrata in vigore la legge n. 62 del 31/05/2022, sulle “Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie”, conosciuta come Sunshine Act.

In parallelo a quanto già avviene in altri contesti europei dovrebbero essere pubblicate le convenzioni e le erogazioni in denaro, beni, servizi o altre utilità effettuate da un'impresa produttrice in favore: a) di un soggetto che opera nel settore della salute, quando abbiano un valore unitario maggiore di 100 euro o un valore complessivo annuo maggiore di 1.000 euro; b) di un'organizzazione sanitaria, quando abbiano un valore unitario maggiore di 1.000 euro o un valore complessivo annuo maggiore di 2.500 euro. Andranno inoltre comunicati tutti gli accordi tra le imprese produttrici e i soggetti che operano nel settore della salute o le organizzazioni sanitarie, che producono vantaggi consistenti nella partecipazione a convegni, eventi formativi, comitati, commissioni, organi consultivi o comitati scientifici ovvero nella costituzione di rapporti di consulenza, docenza o ricerca. Queste attività vanno comunicate in via elettronica in un apposito registro che al momento non è stato ancora attivato. Il registro pubblico sarà liberamente accessibile per la consultazione ed è provvisto di funzioni che permettono la ricerca e l'estrazione delle comunicazioni, dei dati e degli atti. Queste informazioni sono consultabili per un periodo di cinque anni, dopodiché saranno cancellate.

Si resta al momento in attesa dei decreti attuativi e di ulteriori indicazioni.

- Va espressamente indicato l'utilizzo della Banca dati Anac come strumento per raccogliere e tenere aggiornato, a carico degli operatori economici, il dato sui titolari effettivi

Annualmente viene riesaminato l'elenco delle maggiori banche dati alimentate dall'Azienda⁹⁰.

- Come previsto dall'art. 15, comma 2, della Legge 5 agosto 2022 n.118 le aziende e le strutture, pubbliche e private, che erogano prestazioni con accreditamento istituzionale da parte del Servizio sanitario nazionale “sono tenuti a pubblicare sul proprio sito internet istituzionale i bilanci certificati, e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta”. Si attende di capire da ANAC se questo vada inteso diversamente dal predetto riferimento previsto per l'area di Amministrazione Trasparente /servizi erogati.
- In risposta a specifico quesito posto alla Regione Piemonte, in ottica di collaborazione tra i RPCT e le figure preposte al coordinamento ed all'attuazione delle risorse del PNRR-missione 6, è stato definito che ogni singola ASR pubblici sul proprio sito (nella sezione Dati ulteriori) una sezione denominata “Attuazione Misure PNRR” in cui rendere evidenti: gli atti legislativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione della misura di riferimento, specificando, per ogni atto riportato: a) la tipologia b) il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento c) la data di pubblicazione d) la data di entrata in vigore e) l'oggetto f) la eventuale documentazione approvata (programma, piano, regolamento, ...) con il link ipertestuale al documento g) le eventuali note informative, aggiornando tempestivamente le informazioni fornite in ciascuna sottosezione.

L'esperienza tratta da alcune sentenze emesse dal Garante Privacy ha fatto spesso emergere difficoltà a livello di gestione e manutenzione costante delle pubblicazioni sul portale istituzionale e alla conoscenza dei dettati normativi che si annidano in diversi atti di varia natura e di differenti fonti emanatorie non sintetizzate in nessun elenco di riferimento istituzionale che possa dirsi completo ed

⁹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accessibilita-e-catalogo-di-dati-metadati-e-banche-dati/v>

aggiornato. Il rischio normativo in tal caso viene mitigato da un confronto costante a livello regionale e nazionale tramite mailing list ed Associazioni ma non garantisce la conoscibilità completa ed in tempo reale delle variazioni normative. Inoltre la complessità della molteplicità delle norme spesso non armonizzate tra loro richiede una competenza nell'interpretazione che talvolta è difficilmente realizzabile anche all'interno degli esperti nei singoli settori e ancor più non può essere unicamente attribuita al RPCT.

In seguito al pensionamento del Responsabile SID, nel 2021 è stato rinominato il Responsabile della Transizione Digitale⁹¹ il cui ruolo è stato ufficialmente fatto coincidere con il Responsabile dell'Accessibilità alla luce delle attività e delle responsabilità precisate nelle ultime Linee Guida AGID. La FPCT sollecita alle scadenze previste il RTD all'effettuazione dei monitoraggi necessari alla compilazione della Dichiarazione di accessibilità secondo il modello AGID e con il coinvolgimento della ditta che gestisce il portale aziendale. L'utente può ricorrere al Difensore Civico per il Digitale tramite l'apposito riferimento presente sul modello di dichiarazione di accessibilità qualora, entro trenta giorni dalla notifica o dalla richiesta di informazioni di cui al paragrafo 7.3, il soggetto erogatore non risponda o fornisca una risposta insoddisfacente. Il Difensore Civico per il Digitale può disporre eventuali misure correttive informando di ciò l'Agenzia per l'Italia Digitale. Non sono mai pervenute segnalazioni in tal senso.

Considerando la necessità di porre sempre attenzione al bilanciamento tra conoscibilità dei dati e rispetto del trattamento degli stessi, il ruolo della DPO e del gruppo privacy, coinvolto trasversalmente in tutti i processi, è fondamentale.

È stata acquisita specifica formazione in merito e nel corso del 2023 si rimetterà mano alla procedura di valutazione e gestione degli accessi.

Le risultanze del monitoraggio vanno utilizzate per la migliore programmazione delle misure della sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza del PIAO, ma anche del patrimonio informativo aziendale, laddove possibile, secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisca il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio.

Nella progressiva reingegnerizzazione dei processi connessa al nuovo servizio di gestione documentale si valuterà lo sviluppo di nuove funzionalità finalizzate ad un incremento del grado di automazione e digitalizzazione di molti processi, nell'ottica di aumentare l'efficacia, l'efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione.

La presente sezione del PIAO è stata redatta tenendo conto della *check list* ANAC.

⁹¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accessibilita-e-catalogo-di-dati-metadati-e-banche-dati/>

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda è coerente con le indicazioni normative vigenti e tiene conto del ruolo di ospedale di riferimento dell'Area Piemonte sud-ovest, coincidente con la provincia di Cuneo.

L'Azienda si articola in:

- una Direzione Aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- due stabilimenti ospedalieri;
- Dipartimenti aziendali caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- Dipartimenti interaziendali comprendenti strutture di Aziende sanitarie diverse, per la gestione integrata di attività assistenziali e tecnico-amministrative;
- Gruppi di Progetto interdisciplinari con omogeneità di obiettivi;
- Aree organizzative, di degenza o di servizi, per la condivisione di spazi, personale e attrezzature omogenei;
- Strutture complesse aziendali individuate, per i settori medico e sanitario non medico, di norma sulla base delle discipline di cui al D.P.R. 10.12.1997 n. 484 e per i settori amministrativi, tecnici, gestionali e di staff sulla base delle esigenze organizzative;
- Strutture complesse interaziendali definite sulla base delle esigenze condivise delle Aziende coinvolte;
- Strutture Semplici dipartimentali, per le discipline di cui al D.P.R. 10.12.1997 n. 484, la cui complessità organizzativa non giustifica l'istituzione di struttura complessa con attribuzione di risorse nell'ambito del Dipartimento di afferenza;
- Strutture Semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse;
- Strutture di staff, quali articolazioni incaricate di funzioni di indirizzo e controllo a supporto diretto della Direzione Aziendale;
- Funzioni aziendali demandate alla gestione di specifici dettati normativi o di esigenze operative aziendali.

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda è meglio dettagliato nel Piano di Organizzazione Aziendale allegato all'Atto Aziendale⁹².

La struttura organizzativa dell'Azienda è illustrata nell'organigramma⁹³ pubblicato nell'apposita area del portale (Figura 29).

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

Il Dipartimento costituisce la tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e esaustive rispetto ai compiti assegnati nell'ottica di comunanze delle risorse.

Il Dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra loro interdipendenti.

Il Dipartimento è sovraordinato gerarchicamente, dal punto di vista organizzativo e gestionale, alle strutture complesse e semplici dipartimentali che ne fanno parte.

Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale i cui processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti.

I dipartimenti possono essere di tipo strutturale o funzionale a seconda che prevalgano l'aspetto dell'organizzazione e della gestione o, altrimenti, esigenze di carattere professionale e tecnico connesse alla presa in carico complessiva delle esigenze cliniche dell'assistito.

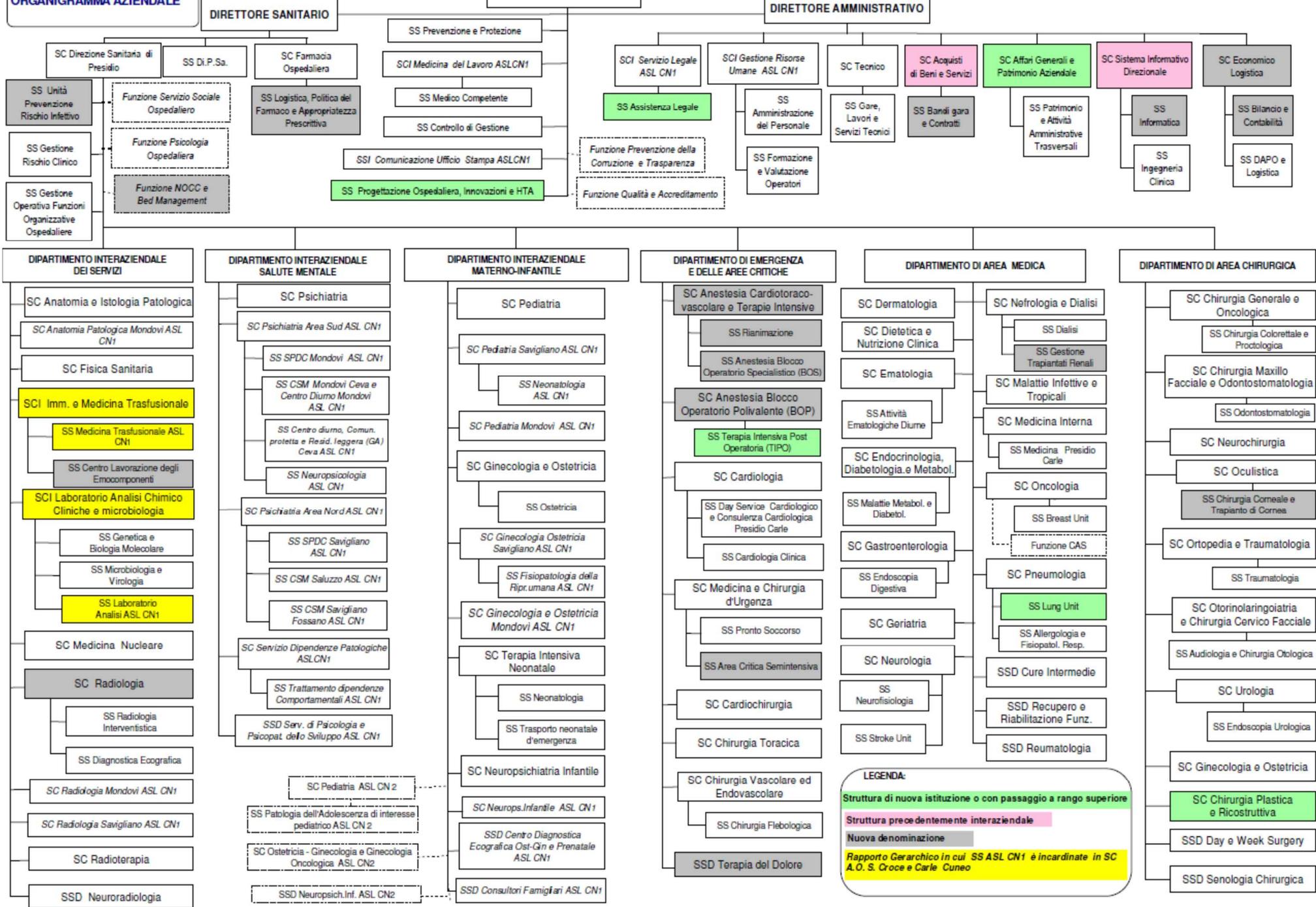
⁹² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

⁹³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

Il modello di rete ospedaliera previsto dal P.S.S.R. e dalle D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, come integrata con D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015, nonché dalla D.G.R. n. 7 – 1492 del 12.06.2020 e successivi provvedimenti di rimodulazione, prevede che i dipartimenti ospedalieri, ove necessario per favorire la gestione integrata di attività, siano definiti in ambito interaziendale, mediante accordi tra le Aziende coinvolte.

L'attività dell'Azienda, in continuo divenire per mantenersi adeguata al contesto e adattarsi al futuro, necessita inoltre di utilizzare, in modo sistematico, ulteriori e innovative forme di aggregazione delle competenze con carattere permanente o temporaneo:

- aree organizzative, di degenza o di servizi, per l'aggregazione di attività di degenza o supporto a livello, di norma, intra dipartimentale, per rispondere a esigenze di coordinamento stabile, finalizzate a potenziare la risposta, dal punto di vista dell'organizzazione e della gestione, alle esigenze assistenziali;
- gruppi di Progetto, quali aggregazioni di articolazioni aziendali, finalizzate a realizzare obiettivi specifici definiti nel relativo atto istitutivo;
- *task force* per la realizzazione di obiettivi circoscritti, in un ambito temporale ben definito e solitamente di breve durata.



LEGENDA:

- Struttura di nuova istituzione o con passaggio a rango superiore
- Struttura precedentemente interaziendale
- Nuova denominazione
- Rapporto Gerarchico in cui SS ASL CN1 è incardinate in SC A.O. S. Croce e Carle Cuneo

L'attività di assistenza e cura si realizza attraverso la partecipazione delle professioni che agiscono a diretto contatto con il paziente e di quelle che, con pari dignità, forniscono le prestazioni e i prodotti o servizi intermedi, necessari all'attività delle prime. Di conseguenza l'Azienda cura e valorizza modalità di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari, favorisce una cultura organizzativa che ha come valori centrali la partecipazione e la collegialità nell'assunzione delle decisioni che riguardano le tipologie e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, ponendo il paziente e i suoi bisogni a riferimento dell'attività dei professionisti e delle attenzioni dell'organizzazione nel suo complesso.

Le modalità di identificazione delle diverse articolazioni organizzative (dipartimenti, strutture complesse e semplici, funzioni) e i criteri per la loro istituzione, l'esplicitazione del loro livello di autonomia gestionale e tecnico professionale, i ruoli e le responsabilità associate, sono definite nell'Atto Aziendale e nel Piano di organizzazione aziendale⁹⁴.

Per quanto riguarda la rappresentazione dell'ampiezza delle unità organizzative al 31.12.2022 in termini di numero di dipendenti in servizio, al netto della precisazione che il personale di comparto ha un'assegnazione a livello dipartimentale, è di seguito rappresentata.

Tabella n. 30: Numerosità personale dirigente nelle strutture cliniche al 31.12.2022:

<i>STRUTTURA</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
DAY HOSPITAL ONCOLOGICO	8	2	10
RADIOTERAPIA - CENTRO ALTE ENERGIE	3	4	7
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	2	4	6
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	12	10	22
S.C. ANESTESIA CARDIOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	11	5	16
S.C. CARDIOCHIRURGIA	1	8	9
S.C. CARDIOLOGIA	8	10	18
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	2	14	16
S.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA	2	3	5
S.C. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	3	2	5
S.C. CHIRURGIA TORACICA	1	5	6
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	1	7	8
S.C. DERMATOLOGIA	1	1	2
S.C. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	2	1	3
S.C. EMATOLOGIA	5	7	12
S.C. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E METABOLISMO	4	3	7
S.C. FISICA SANITARIA	1	5	6
S.C. GASTROENTEROLOGIA	3	6	9
S.S. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE	2	0	2
S.C. GERIATRIA	6	2	8
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICA - OSTETRICA	10	4	14
S.C. INTERAZIENDALE IMMUNOEM.E MED.TRASFUSIONALE	7	1	8
S.C. INTER.LAB.ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA	6	4	10
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5	2	7
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	13	11	24
S.C. MEDICINA INTERNA	8	7	15
S.C. MEDICINA NUCLEARE	7	8	15
S.C. NEUROCHIRURGIA		8	8
S.C. NEUROLOGIA	9	2	11
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3	0	3

⁹⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/Piano_di_organizzazione.pdf

<i>STRUTTURA</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
S.C. OCULISTICA	3	6	9
S.C. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	10	12
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E CH.CERV.FACC	2	4	6
S.C. PEDIATRIA	9	1	10
S.C. PNEUMOLOGIA	4	6	10
S.C. PSICHIATRIA	3	1	4
S.C. RADIOLOGIA	8	12	20
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	7	3	10
S.C. UROLOGIA	1	8	9
S.S. ALLERGOLOGIA E FIS.RESPIRATORIA	0	2	2
S.S. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO SPECIALISTICO	1		1
S.S. ATTIVITA' EMATOLOGICHE DIURNE	1		1
S.S. AUDIOLOGIA E CHIRURGIA OTOLOGICA	1		1
S.S. CARDIOLOGIA CLINICA		1	1
S.S. CHIRURGIA COLO RETTALE E PROCTOLOGICA	1		1
S.S. CHIRURGIA CORNEALE E TRAPIANTO DI CORNEA		1	1
S.S. DAY SERVICE CARDIOL.E CONSULENZE CARDIOL.PRESIDIO CARLE	0	1	1
S.S. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA	0	1	1
S.S. DIALISI	7	3	10
S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1		1
S.S. GESTIONE TRAPIANTI RENALI	1		1
S.S. MEDICINA PRESIDIO CARLE	0	1	1
S.S. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	0	1	1
S.S. NEONATOLOGIA	0	1	1
S.S. NEUROFISIOLOGIA	0	1	1
S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	0	1	1
S.S. RIANIMAZIONE	6	10	16
S.S. TRAUMATOLOGIA	0	1	1
S.S.D. CURE INTERMEDIE	0	1	1
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY	0	1	1
S.S.D. NEURORADIOLOGIA	1	5	6
S.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	0	3	3
S.S.D. REUMATOLOGIA	3	2	5
S.S.D. SENOLOGIA CHIRURGICA	0	2	2
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	1	2	3
SETTORE DI CITOFLUORIMETRIA	2		2
Totale complessivo	211	238	449

Tabella n. 31: Numerosità personale dirigente nelle strutture in staff, tecnico e amministrative al 31.12.2022

<i>STRUTTURA</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
S.S. MEDICO COMPETENTE	1	0	1
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	1	1	2
S.S. DI.P.SA.	1	0	1
S.C. FARMACIA OSPEDALIERA	7	0	7
S.S. FARMACIA CLINICA	1	0	1
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	2	1	3
S.S. GESTIONE OPERATIVA FUNZIONI ORGANIZZATIVE	0	1	1

<i>STRUTTURA</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
S.S. UNITA' PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO	0	1	1
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	0	1	1
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	1	0	1
S.S. BILANCIO E CONTABILITA'	1	0	1
S.S. DAPO E LOGISTICA	1	0	1
S.S. INGEGNERIA CLINICA	0	2	2
S.S. INFORMATICA	0	1	1
S.S. PATRIMONIO E ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI	1	0	1
S.C. TECNICO	1	2	3
S.S. GARE LAVORI E SERVIZI TECNICI	0	1	1
Totale complessivo	18	11	29

Tabella n. 32: Numerosità personale di comparto e ripartizione aziendale al 31.12.2022

<i>AREA</i>	<i>UOMINI</i>	<i>DONNE</i>	<i>TOTALE</i>
AREA MEDICA COVID 2	1	15	16
DEGENZA CARDIOCHIRURGIA-CHIRURGIA TORACICA	2	19	21
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 3	2	16	18
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 4	2	12	14
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 5	2	15	17
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 1	5	12	17
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 2	3	16	19
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 3	0	3	3
DIP.DI AREA CHIRURGICA - COORDINATORI POSIZIONATI	0	1	1
DIP.EMERGENZA E AREE CRITICHE - COORDINATORI POSIZIONATI	1	0	1
DIP.INTERAZ. MATERNO-INFANTILE - COORDINATORI POSIZIONATI	0	1	1
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA - COORDINATORI POSIZIONATI	0	1	1
DIPARTIMENTO INTERAZ.DEI SERVIZI - COORDINATORI POSIZIONATI	1	0	1
FUNZIONE QUALITA' E ACCREDITAMENTO	1	5	6
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	1	19	20
S.C. AFFARI GENERALI E PATRIMONIO AZIENDALE	3	16	19
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	3	8	11
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	19	60	79
S.C. ANESTESIA CARDIOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	15	67	82
S.C. ANESTESIA E TERAPIA INT.CARDIOVASCOLARE	6	19	25
S.C. CARDIOCHIRURGIA	2	3	5
S.C. CARDIOLOGIA	10	37	47
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	2	18	20
S.C. ECONOMICO LOGISTICA	25	20	45
S.C. EMATOLOGIA	3	24	27
S.C. FISICA SANITARIA	1	0	1
S.C. GASTROENTEROLOGIA	0	15	15
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - GINECOLOGIA	0	18	18
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - OSTETRICIA	2	67	69
S.C. INTERAZIENDALE ACQUISTI BENI E SERVIZI	0	6	6
S.C. INTERAZIENDALE GESTIONE RISORSE UMANE	7	19	26
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	0	4	4
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	3	17	20

AREA	UOMINI	DONNE	TOTALE
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	20	63	83
S.C. MEDICINA INTERNA	7	28	35
S.C. MEDICINA NUCLEARE	6	13	19
S.C. NEUROCHIRURGIA	3	23	26
S.C. NEUROLOGIA	5	18	23
S.C. OCULISTICA	0	13	13
S.C. PEDIATRIA	1	19	20
S.C. PSICHIATRIA	9	15	24
S.C. RADIOLOGIA	32	56	88
S.C. RADIOTERAPIA	2	18	20
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE	20	7	27
S.C. TECNICO	51	6	57
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0	40	40
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	14	55	69
S.C. INTER. LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CL. E MICROBIOLOGIA	8	31	39
S.C. INTERAZIENDALE IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	7	19	26
S.C. INTERAZIENDALE MEDICINA DEL LAVORO ASL CN 1	0	5	5
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	1	11	12
S.S. DI.P.SA.	45	328	373
S.S. PREVENZIONE E PROTEZIONE	2	3	5
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY	0	11	11
S.S. INTER. COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	1	2	3
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA	1	12	13
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	7	34	41
UN.OP.COM.DIP.INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE	1	25	26
UNITA' OP. COMUNE DEL DIP.DI AREA CHIRURGICA	0	3	3
UNITA'OP.COM.DIP.EMERGENZA-AREE CRITICHE	21	64	85
Totale complessivo	386	1475	1861

Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'Azienda si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività.

Gli incarichi di Struttura Complessa e Semplice sono visibili nell'apposita area del portale aziendale in Amministrazione Trasparente⁹⁵.

Per quanto attiene agli incarichi professionali di cui all'art.27, c.1, lett.c), CCNL 08/06/2000, è in vigore la tripartizione di carattere generale in:

- incarichi di Elevata Specializzazione (ES);
- incarichi con Specializzazione di Rilevanza Aziendale (SRA);
- incarichi con Specializzazione di Rilevanza Dipartimentale (SRD).

che trovava al 31.12.2022 la seguente applicazione in Azienda: (figura n. 33)

INCARICO	UOMINI	DONNE	Totale	%M	% F
ES	36	14	50	72	28
SRA	62	84	146	42,46	57,53
SRD	22	39	61	36,06	63,93

⁹⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/titolari_di_incarichi_dirigenziali/

<i>INCARICO</i>	<i>UOMINI</i>	<i>DONNE</i>	<i>Totale</i>	<i>%M</i>	<i>% F</i>
TOTALE	120	137	257	46,69	53,3

Nel corso del 2022 sono stati rivisti un numero consistente di incarichi (obiettivo n. 120) e sono terminate le assegnazioni delle ex posizioni organizzative ora denominate Incarichi di funzione per il comparto⁹⁶.

Tabella n.34: Posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali, ripartite per genere, per valori assoluti e percentuali al 31.12.2022

	<i>UOMINI</i>		<i>DONNE</i>		<i>Totale</i>	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
comparto - amministrativo posizione	3	8,57%	19	22,62%	22	18,49%
comparto - sanitario posizione	22	62,86%	64	76,19%	86	72,27%
comparto - tecnico/prof. posizione	10	28,57%	1	1,19%	11	9,24%
Totale personale	35	100,00%	84	100,00%	119	100,00%
% sul personale complessivo	1,50%		3,59%		5,09%	

Sono state distribuite 800 “fasce” come da accordo sindacale.

Contestualmente all’assegnazione degli incarichi la FPCT ha provveduto a richiedere l’aggiornamento dei CV da pubblicare sull’area Amministrazione Trasparente secondo il format aziendale.

Per quanto riguarda la conoscenza dei titoli di studio dei dipendenti ospedalieri occorre precisare come non sia allo stato attuale possibile riferire un dato aggiornato, completo e attendibile in merito, in quanto al di fuori del titolo registrato al momento dell’assunzione e verificato in relazione al ruolo per il quale viene selezionato il dipendente, è poi a discrezione dello stesso procedere alle eventuali comunicazioni di aggiornamento dello stesso alla SS Amministrazione del Personale.

Tutto il personale dirigente deve avere almeno il diploma di laurea, aspetto che viene verificato in sede di acquisizione della documentazione per accesso alle procedure di reclutamento.

Nel 2022 la DIPSA ha provveduto alla raccolta dei titoli di studio del personale di comparto ad essa afferente.

Per quanto riguarda i dati relativi alla Commissioni di concorso la S.S. Amministrazione del Personale che governa centralmente i processi di assunzione aziendale dichiara che il dato non è significativo in quanto componenti delle commissioni di concorso vengono individuati in conformità alle modalità indicate dalla normativa concorsuale relativa alla dirigenza e al comparto. Tale normativa affida la Presidenza al Direttore della Struttura Complessa cui afferisce il profilo da assumere e che, nello specifico, per quanto riguarda la dirigenza medica e sanitaria prevede l’individuazione dei componenti da parte della Regione Piemonte e da parte dell’Azienda mediante sorteggio. Come si evince dalle tabelle sottostanti per quanto riguarda la parte fissa prevista dalle commissioni la preponderanza di Direttori di Struttura Semplice e Complessa maschi si traduce analogamente nelle Commissioni di concorso.

Per quanto riguarda le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche

⁹⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/posizioni-organizzative/>

con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi l'AO è soggetta alle modalità di sorteggio descritte nel DPR 483/1997 e non applica correttivi o bilanciamenti di genere rispetto a quanto emerge dal meccanismo adottato. In ogni caso la presenza costante del Direttore Sanitario per i concorsi dei dirigenti medico-sanitari e del dirigente DIPSA per il personale di comparto il fatto che queste due figure siano di genere femminile garantisce il rispetto della rappresentanza di tal genere. Negli incarichi di funzione le Commissioni hanno sempre salvaguardato la rappresentanza di genere.

Nelle estrazioni dei restanti componenti dagli elenchi previsti non è considerata la valutazione del genere. Non si sono verificati ricorsi nel 2022 in riferimento ad aspetti correlati al genere. Le evidenze delle procedure concorsuali sono editate nell'apposita area del sito aziendale gestita direttamente dalla S.S. Amministrazione del Personale⁹⁷

L'Azienda è sede del Comitato Etico Interaziendale⁹⁸, organismo di riferimento e supporto anche per ASLCN1, ASLCN2 e ASL di Asti.

I rapporti con le Istituzioni del territorio si rivolgono principalmente alla Regione Piemonte, all'ASLCN1 e CN2 ed agli Enti Locali.

Le relazioni con gli Enti Locali si esplicano attraverso gli incontri con la Conferenza dei Sindaci⁹⁹. La collaborazione con le Associazioni di volontariato si manifesta con progetti condivisi ed integrati e l'organismo ufficiale è rappresentato dalla Conferenza di Partecipazione¹⁰⁰ la cui composizione è stata aggiornata a fine 2022.

Attraverso la Funzione Assistenza Sociale si garantisce la collaborazione con i Consorzi Socio Assistenziali soprattutto rispetto ai percorsi necessari agli utenti "fragili" e con i maggiori Patronati cittadini¹⁰¹, anche grazie allo sportello collocato nel presidio S. Croce.

Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile

In corrispondenza con la normativa emergenziale emanata a livello nazionale, l'Azienda ha provveduto a consentire il lavoro da remoto per una parte di operatori dedicati ad attività tecniche ed amministrative, secondo una procedura autorizzativa interna e le conseguenti abilitazioni per l'accesso alle cartelle di lavoro dall'esterno. Tra il 2020 e il 2021, con proroghe successive fino al 15 ottobre 2021 è stato consentito agli autorizzati il lavoro dal proprio domicilio.

Con lettera prot. 35475 la Direzione Generale ha comunicato a tutto il personale come, in applicazione dell'art. 1, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24/09/2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa sarebbe stata unicamente quella in presenza.

La Contrattazione Collettiva Nazionale per il comparto Sanità 2019-2021 ha altresì affermato la possibilità di poter effettuare lavoro da remoto o lavoro agile, fermo restando quanto previsto dall'art. 6 comma 3, lett. l) secondo cui l'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile.

⁹⁷ http://www.ospedale.cuneo.it/concorsi_avvisi_di_mobilita/elenco_procedure_selettive_espletate_e_in_corso/

⁹⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/comitato-etico-interaziendale/>

⁹⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

¹⁰⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

¹⁰¹ http://www.ospedale.cuneo.it/approfondimenti/sportello_sociale/; <http://www.ospedale.cuneo.it/comunicazione/news-comunicati/dettaglio-news/s-croce-nuova-sede-per-lo-sportello-informativo-sociale-2606/>

Si proseguirà, nel 2023, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale

Rappresentazione della consistenza del personale al 31.12.2022

Tabella n. 35: Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2022

Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
Tot. 2339										
dirigenza medica SC	0	0	5	11	7		0	1	2	3
dirigenza medica SS	0	0	6	8	13		0	5	7	2
dirigenza medica	6	77	42	39	17		85	64	26	5
dirigenza sanitaria SC	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
dirigenza sanitaria SS	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
dirigenza sanitaria	0	4	2	2	0	0	4	10	6	0
dirigenza pta-SC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dirigenza pta-SS	0	0	1	1	2		0	2	1	0
dirigenza pta	0	0	1	2	1		0	2	1	0
comparto - sanitario posizione	0	7	7	5	3		12	21	29	2
comparto - tecnico/prof posizione	0	0	2	5	3	0	0	1	0	0
comparto - amm.vo posizione	0	0	1	2	0	0	0	2	16	1
comparto sanitario	17	76	52	52	4	134	261	319	375	23
comparto - tecnico/prof	5	28	42	46	5	1	16	44	71	27
comparto - amm.vo	4	3	7	9	1	7	15	20	62	16
totale	32	195	169	182	57	142	393	492	598	79
% sul personale complessivo	1,37%	8,34%	7,23%	7,78%	2,44%	6,07%	16,80%	21,03%	25,57%	3,38%

Tabella n.36: Dati relativi al personale dipendente a tempo determinato per categoria e tipologia contrattual, suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2022

Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
dirigenza medica	2	5	0	0	0	0	2	0	0	0
dirigenza sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dirigenza pta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
comparto sanitario	0	0	0	0	0	4	5	3	0	0
comparto tecnico/prof	0	0	3	0	0	0	0	4	2	0
comparto amministrativo	1	0	0	1		3	4	0	1	1
Totale	3	5	3	1	0	7	11	7	3	1
% sul personale complessivo	7,32%	12,20%	7,32%	2,44%	0,00%	17,07%	26,83%	17,07%	7,32%	2,44%

Tabella n.37: Personale dipendente per tipo di presenza, per genere e per fasce di età al 31.12.2022¹⁰².

Tipo presenza	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
2339										
Tempo pieno	30	193	163	177	57	141	357	361	401	66
1946										
Part time >50	2	2	4	2		1	36	119	176	13
355										
Part time <=50			2	3				12	21	
38										
Totale	32	195	169	182	57	142	393	492	598	79
2339										
Totale %	1,37%	8,34%	7,23%	7,78%	2,44%	6,07%	16,80%	21,03%	25,57%	3,38%

Tabella n.38: Personale non dipendente in comando da altre ASR presso AO S.Croce e Carle di Cuneo al 31.12.2022

Personale non dipendente	4 unità
--------------------------	---------

Tabella n.39: Personale dipendente dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo in comando per almeno 1 mese di lavoro presso altri enti al 31.12.2022

Personale non dipendente	1 unità
--------------------------	---------

Tabella n. 40: Assunzioni per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2022

ASSUNZIONI 2022	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
dirigenza medica	6	19	4	4	0	0	16	3	0	0
dirigenza sanitaria	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
dirigenza pta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
comparto sanitario	4	6	0	0	0	43	19	1	1	0
comparto tecnico/prof	2	9	6	1	0	0	4	4	3	1
comparto amministrativo	3	2	4	0	0	1	7	4	1	0
Totale	15	36	14	5	0	44	47	13	5	1
% sul personale complessivo	8,33 %	20,00 %	7,78 %	2,78 %	0,00 %	24,44 %	26,11 %	7,22 %	2,78 %	0,56 %

¹⁰² la modalità di rappresentazione dei dati è quella individuata da Ragioneria Generale dello Stato e che si trova al link <https://www.contoannuale.mef.gov.it/struttura-personale/occupazione>

Tabella n. 41: Assunzioni per mobilità in entrata analizzate per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2022

di cui MOBILITA' IN ENTRATA	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
dirigenza medica	0	2	1	0	0	0	0	3	0	0
dirigenza sanitaria	00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dirigenza pta		0	0	0	0	0	0	0	0	0
comparto sanitario	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0
comparto tecnico/prof	0	1	1	0	0	0	2	2	0	1
comparto amministrativo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Totale	0	5	2	0	0	2	4	5	0	1
% sul personale complessivo	0,00%	26,32%	10,53%	0,00%	0,00%	10,53%	21,05%	26,32%	0,00%	5,26%

Tabella n.42: Anzianità personale dipendente non dirigenziale area comparto, per genere e per fasce di età al 31.12.2022

	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
inferiore a 3 anni	20	45	26	11	0	116	116	75	52	6
tra 3 e 5 anni	4	16	20	28	5	16	42	41	89	5
tra 5 e 10 anni	2	24	10	4	1	10	58	47	58	7
superiore a 10 anni	0	29	55	76	10	0	88	244	354	51
Totale	26	114	111	119	16	142	304	407	553	69
totale %	1,40%	6,13%	5,96%	6,39%	0,86%	7,63%	16,34%	21,87%	29,72%	3,71%

Tabella n.43: Anzianità personale dipendente area dirigenziale, per genere e per fasce di età al 31.12.2022

	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
inferiore a 3 anni	6	52	9	9	2	0	55	16	5	2
tra 3 e 5 anni	0	23	6	3	2	0	19	7	3	1
tra 5 e 10 anni	0	6	15	2	3	0	15	16	4	0
superiore a 10 anni	0	0	28	49	34	0	0	46	33	7
Totale	6	81	58	63	41	0	89	85	45	10
totale %	1,26%	16,95%	12,13%	13,18%	8,58%	0,00%	18,62%	17,78%	9,41%	2,09%

Per quanto riguarda la rappresentazione dell'ampiezza delle unità organizzative al 31.12.2022 in termini di numero di dipendenti in servizio, al netto della precisazione che il personale di comparto ha un'assegnazione a livello dipartimentale, è di seguito rappresentata.

Tabella n. 44: Composizione per genere degli organici dirigenziali delle strutture e dei Direttori e Responsabili di Struttura di area medica al 31.12.2022

<i>Strutture</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>TOTALE</i>	<i>genere Direttore/Responsabile</i>
Allergologia e Fisiopatologia Respiratoria	2	0	2	M
Anatomia e Istologia Patologica	4	2	6	M
Anestesia Blocco Operatorio Polivalente (BOP)	10	12	22	M
Anestesia Blocco Operatorio Specialistico (BOS)	0	1	1	F
Anestesia Cardiotoracovascolare e Terapie intensive	5	11	16	F
Attività ematologiche diurne	0	1	1	F
Audiologia e chirurgia otologica	0	1	1	F
Cardiochirurgia	8	1	9	M
Cardiologia	10	8	18	F
Cardiologia clinica	1	0	1	M
Chirurgia Colo Rettale e Proctologia	0	1	1	F
Chirurgia Corneale e Trapianto di Cornea	1	0	1	M
Chirurgia Generale e Oncologica	14	2	16	M
Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	3	2	5	M
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	2	3	5	M
Chirurgia Toracica	5	1	6	M
Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	7	1	8	M
Cure Intermedie	1	0	1	M
Fisica Sanitaria	5	1	6	M
Day e Week Surgery	1	0	1	M
Day Service e consulenze cardiologiche Presidio Carle	1	0	1	M
Dermatologia	1	1	2	M
Diagnostica ecografica	1	0	1	M
Dialisi	3	7	10	F
Dietetica e Nutrizione Clinica	1	2	3	F
Ematologia	7	5	12	M
Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo	3	4	7	M
Endoscopia digestiva	0	1	1	F
Gastroenterologia	6	3	9	M
Genetica e Biologia Molecolare	0	2	2	F
Geriatrics	2	6	8	M
Gestione Trapianti Renali	0	1	1	F
Ginecologia e Ostetricia	4	12	16	M
Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	1	7	8	M
Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia	4	6	10	M
Malattie Infettive e Tropicali	2	5	7	M
Medicina e Chirurgia d'Urgenza	11	13	24	M
Medicina Interna	7	8	15	M
Medicina Nucleare	8	7	15	M

<i>Strutture</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>TOTALE</i>	<i>genere Direttore/Responsabile</i>
Medicina Presidio Carle	1	0	1	M
Microbiologia e Virologia	1	0	1	M
Neonatologia	1	0	1	M
Neurochirurgia	8	0	8	M
Neurofisiologia	0	1	1	M
Neurologia	2	9	11	M
Neuropsichiatria Infantile	0	3	3	F
Neuroradiologia	5	1	6	M
Oculistica	6	3	9	M
Oncologia	2	8	10	M
Ortopedia e Traumatologia	10	2	12	M
Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale	4	2	6	F
Pediatria	1	9	10	F
Pneumologia	6	4	10	M
Psichiatria	1	3	4	F
Radiodiagnostica	12	8	20	M
Radiologia interventistica	1	0	1	M
Radioterapia	4	3	7	F
Recupero e Riabilitazione Funzionale	3	0	3	M
Reumatologia	2	3	5	F
Rianimazione	10	6	16	F
Senologia Chirurgica	2	0	2	M
Terapia del dolore	2	1	3	M
Terapia Intensiva Neonatale	3	7	10	M
Traumatologia	1	0	1	M
Urologia	8	1	9	M

Tabella n. 45: Numerosità personale dirigente nelle strutture in staff, tecnico e amministrative al 31.12.2022

Struttura		<i>M</i>	<i>F</i>	<i>TOTALE</i>
SC	Direzione Sanitaria di Presidio	1	2	3
S.S.	Bilancio e Contabilità	0	1	1
S.S.	Controllo di Gestione	1	1	2
SSA	DAPO e Logistica	0	1	1
S.S.	DIPSA	0	1	1
SC	Farmacia Ospedaliera	0	7	7
SS	Farmacia Clinica	0	1	1
SS	Gestione Operativa delle funzioni amministrative	1	0	1
SS	Medico Competente	0	1	1
SS	Patrimonio e attività amministrative trasversali	0	1	1

Struttura		M	F	TOTALE
SC	Acquisti Beni e Servizi	1	0	1
SC	Tecnico	2	1	3
SS	Gare lavori e servizi tecnici	1	0	1
SSA	Amministrazione del Personale	0	1	1
SS	Unità Prevenzione rischio infettivo	1	0	1
SS	Ingegneria Clinica	2	0	2
SS	Informatica	1	0	1

Tabella n. 46: Numerosità personale di comparto e ripartizione aziendale al 31.12.2022

<i>Destinazione operativa</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>Totale complessivo</i>
AREA MEDICA COVID 2	15	1	16
DEGENZA CARDIOCHIRURGIA-CHIRURGIA TORACICA	19	2	21
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 3	16	2	18
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 4	12	2	14
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 5	15	2	17
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 1	12	5	17
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 2	16	3	19
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 3	3	0	3
DIP.DI AREA CHIRURGICA - COORDINATORI POSIZIONATI	1	0	1
DIP.EMERGENZA E AREE CRITICHE - COORDINATORI POSIZIONATI	0	1	1
DIP.INTERAZ. MATERNO-INFANTILE - COORDINATORI POSIZIONATI	1	0	1
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA - COORDINATORI POSIZIONATI	1	0	1
DIPARTIMENTO INTERAZ.DEI SERVIZI - COORDINATORI POSIZIONATI	0	1	1
FUNZIONE QUALITA' E ACCREDITAMENTO	5	1	6
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	19	1	20
S.C. AFFARI GENERALI E PATRIMONIO AZIENDALE	16	3	19
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	8	3	11
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	60	19	79
S.C. ANESTESIA CARDIOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	67	15	82
S.C. ANESTESIA E TERAPIA INT.CARDIOVASCOLARE	19	6	25
S.C. CARDIOCHIRURGIA	3	2	5
S.C. CARDIOLOGIA	37	10	47
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	18	2	20
S.C. ECONOMICO LOGISTICA	20	25	45
S.C. EMATOLOGIA	24	3	27
S.C. FISICA SANITARIA	0	1	1
S.C. GASTROENTEROLOGIA	15	0	15
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - GINECOLOGIA	18	0	18
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - OSTETRICIA	67	2	69
S.C. INTERAZIENDALE ACQUISTI BENI E SERVIZI	6	0	6
S.C. INTERAZIENDALE GESTIONE RISORSE UMANE	19	7	26
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	4	0	4
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	17	3	20
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	63	20	83

<i>Destinazione operativa</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>Totale complessivo</i>
S.C. MEDICINA INTERNA	28	7	35
S.C. MEDICINA NUCLEARE	13	6	19
S.C. NEUROCHIRURGIA	23	3	26
S.C. NEUROLOGIA	18	5	23
S.C. OCULISTICA	13	0	13
S.C. PEDIATRIA	19	1	20
S.C. PSICHIATRIA	15	9	24
S.C. RADIOLOGIA	56	32	88
S.C. RADIOTERAPIA	18	2	20
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE	7	20	27
S.C. TECNICO	6	51	57
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	40	0	40
S.C.DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	55	14	69
S.C.INTER.LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CL. E MICROBIOLOGIA	31	8	39
S.C.INTERAZIENDALE IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	19	7	26
S.C.INTERAZIENDALE MEDICINA DEL LAVORO ASL CN 1	5	0	5
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	11	1	12
S.S. DI.P.SA.	328	45	373
S.S. PREVENZIONE E PROTEZIONE	3	2	5
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY	11	0	11
S.S.INTER.COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	2	1	3
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA	12	1	13
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	34	7	41
UN.OP.COM.DIP.INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE	25	1	26
UNITA' OP. COMUNE DEL DIP.DI AREA CHIRURGICA	3	0	3
UNITA'OP.COM.DIP.EMERGENZA-AREE CRITICHE	64	21	85
Totale complessivo	1475	386	1861

Inoltre, per una corretta rappresentazione del grado di assorbimento delle risorse connesse con le attività oggetto del Ciclo di Gestione della Performance, è opportuno tenere conto anche del personale non dipendente che opera presso l'Azienda, sulla base di incarichi di consulenza, convenzioni e comandi. I dati sono presenti nell'apposita area di Amministrazione Trasparente¹⁰³ ed i costi relativi alle collaborazioni e incarichi libero-professionali sono visibili alla voce di Bilancio "B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato".

L'Azienda non fa attualmente ricorso a personale esterno tramite cooperative.

Programmazione strategica delle risorse umane.

La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, porta a valutare la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche, sulla base dei seguenti fattori:

- capacità assunzionale, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
- stima del trend delle cessazioni, sulla base ad esempio dei pensionamenti;

¹⁰³ [http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione trasparente/consulenti e collaboratori/](http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/consulenti_e_collaboratori/)

- stima dell'evoluzione dei bisogni, in funzione di scelte legate, all'eventuale digitalizzazione o esternalizzazione di processi o loro parti, ma soprattutto delle modifiche conseguenti a variazioni di Atto Aziendale e funzionigramma e di attività/servizi che richiedono una discontinuità nel profilo delle risorse umane in termini di profili di competenze e/o quantitativi.

Tabella n. 47: Cessazioni per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2022

CESSAZIONI	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
dirigenza medica	0	8	8	8	15	0	11	5	4	3
dirigenza sanitaria	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
dirigenza pta	0	0	0	0	0	0	0		1	1
comparto sanitario	2	4	1	2	3	7	8	10	17	9
comparto tecnico/prof	1	0	2	4	3	2	0	3	8	5
comparto amministrativo	0	0	0	0	2	1	0	1	2	4
totale	3	12	11	14	23	11	19	20	33	22
% sul personale complessivo	1,79 %	7,14 %	6,55 %	8,33 %	13,69 %	6,55 %	11,31 %	11,90 %	19,64 %	13,10 %

Tabella n. 48: Cessazioni per mobilità in uscita analizzate per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2022

CESSAZIONI DI CUI MOBILITA' IN USCITA	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
dirigenza medica	0	0	0	0	0	0	0	1		0
dirigenza sanitaria	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
dirigenza pta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
comparto sanitario	1	2		0	0	2	4	0	1	0
comparto tecnico/prof	1	0	1		0	2	0	2	1	0
comparto amministrativo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
totale	2	2	1	0	0	5	4	4	3	0
% sul personale complessivo	9,52 %	9,52 %	4,76 %	0,00 %	0,00 %	23,81 %	19,05 %	19,05 %	14,29 %	0,00 %

Tabella n. 49: Dimissioni analizzate per categoria contrattuale, per genere e fasce d'età al 31/12/2022

DIMISSIONI	UOMINI					DONNE				
	<=30	31-40	41-50	51-60	>60	<=30	31-40	41-50	51-60	>60
dirigenza medica	0	8	8	8	2	0	11	4	4	0
dirigenza sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	1		0
dirigenza pta	0	0	0	0	0	0	0		1	0
comparto sanitario	1	2		0	0	5	4	9	7	0
comparto tecnico/prof	0	0	0	2		0	0	1	2	3
comparto amministrativo	0	0	0	0	0	0	0		1	0
totale	1	10	8	10	2	5	15	15	15	3
% sul personale complessivo	1,19%	11,90%	9,52%	11,90 %	2,38 %	5,95%	17,86 %	17,86 %	17,86 %	3,57 %

Tabella n. 50: Collocati a riposo analizzati per categoria contrattuale e per genere al 31.12.2022

<i>COLLOCAMENTO A RIPOSO</i>	<i>UOMINI</i>	<i>DONNE</i>
dirigenza medica	13	2
dirigenza sanitaria	0	0
dirigenza pta	0	1
comparto sanitario	4	17
comparto tecnico/prof	4	7
comparto amministrativo	2	4
totale	23	31
% sul personale complessivo	42,59%	57,41%

Tabella n. 51: Collocati a riposo analizzati per categoria contrattuale, con evidenza dei responsabili e direttori e per genere al 31.12.2022

<i>COLLOCAMENTO A RIPOSO</i>	<i>UOMINI</i>	<i>DONNE</i>
dirigenti responsabili SC	3	0
dirigenti responsabili SS	2	0
dirigenti	11	0
comparto posizionati	1	0
comparto	9	28

Le scelte qualitative e quantitative di copertura dei fabbisogni, con riferimento ai contingenti e ai profili, tengono conto del ricorso a:

- soluzioni interne all'Azienda, come la gestione dipartimentale o la condivisione di personale tra più strutture;
- mobilità interna tra settori/aree/dipartimenti con precedenza ai movimenti all'interno dello stesso Dipartimento;
- riqualificazione funzionale, tramite formazione e/o percorsi di affiancamento, come esemplificati nel Piano di Formazione del Personale e strutturazione di percorsi di inserimento e *job description*, soprattutto a livello di comparto;
- soluzioni esterne all'Azienda l'inter-aziendalità e lo scambio di professionisti tra P.A.;
- mobilità esterna *in/out* o altre forme di assegnazione temporanea di personale tra P.A (comandi e distacchi) e con il mondo privato (convenzioni);
- ricorso a forme flessibili di lavoro, come gli incarichi professionali;
- concorsi.

L'Azienda, come da disposizioni regionali, ha adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, relativamente al triennio 2021 – 2023, come risultante dalle schede Dotazione Organica allegate provvedimento pubblicato sul portale aziendale^[1] e allegato al PIAO con i relativi prospetti di dettaglio del fabbisogno agli atti della S.S. Amministrazione del Personale. Suddetto Piano dei Fabbisogni viene comunicato tramite il sistema informativo di cui all'articolo 60 del Decreto Legislativo 165/2001 e inviato alla Regione Piemonte – Direzione Sanità – Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR.

I meccanismi di progressione di carriera interni, le ri-assegnazione degli incarichi dirigenziali e di funzione del comparto sono stati completati nel 2022.

Tabella n. 52: Fruizione congedi parentali per ex Lege 104/1992 analizzati per tipologia e per genere al 31.12.2022

	<i>UOMINI</i>		<i>DONNE</i>		<i>Totale</i>	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
n. dipendenti che hanno fruito di permessi giornalieri L.104/1992	36	1,54%	156	6,67%	192	8,21%
n. dipendenti che hanno fruito di permessi orari L.104/1992	2	0,09%	5	0,21%	7	0,30%
n. dipendenti che hanno fruito di permessi giornalieri per congedi parentali	48	2,05%	321	13,72%	369	15,78%
n. dipendenti che hanno fruito di permessi orari per congedi parentali	2	0,09%	7	0,30%	9	0,38%

Tabella n.53: Situazione dipendenti analizzati per genere che hanno chiesto di cedere a titolo gratuito ferie e riposi solidali

	<i>UOMINI</i>		<i>DONNE</i>		<i>Totale</i>	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
N. dipendenti che hanno fatto richiesta di cedere a titolo gratuito ferie e riposi solidali a favore dei colleghi che si trovino nelle condizioni definite dall'art. 34, comma 1, del CCNL 2016-2018	2	0,09%	3	0,13%	5	0,21%

Gli Accordi sindacali¹⁰⁴ per la dirigenza ed il comparto sono regolarmente pubblicati nell'apposita area del portale in Amministrazione Trasparente.

Nell'apposita area del portale aziendale dedicato al personale ed alla contrattazione integrativa¹⁰⁵ sono stati pubblicati i provvedimenti relativi a Determinazione e ripartizione del contingente dei permessi sindacali per il personale di tutte le aree negoziali spettanti ed i fondi destinati alla libera professione intramoenia.

Formazione del personale

L'Azienda sostiene la formazione, la ricerca, la traduzione nella pratica clinica di linee guida e buone pratiche in un'ottica di garanzia della qualità e della affidabilità dei servizi erogati e partecipa allo sviluppo della comunità di riferimento contribuendo alla tutela e alla promozione della salute con azioni dirette e attraverso il sostegno alle attività didattiche di formazione del personale sanitario.

La formazione e l'aggiornamento del personale sono assunti dall'Azienda come strumento di crescita professionale degli operatori e di cambiamento e miglioramento organizzativo; attraverso la professionalizzazione degli operatori viene favorito anche il miglioramento continuo delle culture e dei valori di riferimento aziendali nonché lo sviluppo delle varie articolazioni aziendali (Dipartimenti, Strutture). La formazione rappresenta altresì una leva strategica a sostegno del processo di riorganizzazione aziendale e di integrazione interaziendale che si avvia proprio nell'anno in corso.

Le attività formative vengono selezionate e proposte in modo da armonizzarsi con l'ordinario svolgimento delle attività di servizio; consistono in:

- iniziative formative organizzate all'interno dell'Azienda;

¹⁰⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/contrattazione_integrativa/

¹⁰⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/contrattazione_integrativa/

- iniziative formative organizzate da soggetti esterni all'Azienda (formazione fuori sede) che ne autorizza la partecipazione con oneri a proprio carico nella misura in cui ciò si configuri come investimento istituzionale;
- invio in comando finalizzato presso altre strutture, allo scopo di compiere studi speciali o acquisire competenze specifiche abbiano una ricaduta positiva sulla *performance* della struttura di appartenenza e/o dell'Azienda in generale;
- consultazione / studio di testi, riviste ed altre risorse documentali e bibliografiche nonché di supporti audio-visivi ed informatici.

L'esperienza sin qui maturata dall'Azienda indirizza fortemente a ricercare sempre maggiore coerenza con le reali esigenze degli operatori e dell'organizzazione, per evitare che un momento di crescita così importante come quello formativo sia troppo lontano dalla realtà operativa e, soprattutto, non abbia ricadute positive sulle prestazioni nei confronti degli utenti, anche considerando la numerosità dei vincoli nella gestione del personale e le esigenze individuali di conciliazione tempo vita-lavoro rispetto ai desiderata di crescita culturale professionale.

Le attuali e storiche regole aziendali prevedono un'analisi dei bisogni formativi effettuata a livello di dipartimenti sanitari precedente alla discussione dei budget. Il finanziamento della formazione in sede attinge ad un budget unico gestito dalla S.S. FVO.

Le regole per usufruire della formazione interna e sponsorizzata sono messe a conoscenza dei dipendenti e monitorati dalla Struttura FVO. La partecipazione dei dipendenti alla formazione interna ed esterna con riconoscimento del monte ore e delle relative spese è subordinata alla cascata autorizzativa evidente nella modulistica aziendale. Ogni Dipartimento e ogni Struttura mette in atto criteri propri nell'individuare i dipendenti rispetto alla partecipazione.

I singoli dipendenti compilano la modulistica di richiesta di partecipazione che viene inoltrata alla Struttura FVO completa di tutte le autorizzazioni e corredata dalla documentazione richiesta; a chiusura dell'iniziativa viene fornita l'attestazione con eventuali pezze giustificative delle spese sostenute (se autorizzate in fase istruttoria). Il budget viene assegnato al Direttore di Dipartimento e gestito contabilmente della Struttura FVO.

L'Azienda favorisce al massimo l'accesso dei dipendenti alla formazione in sede e fuori sede, anche ai fini dell'acquisizione dei relativi crediti ECM. La gestione e controllo dei crediti ECM spetta al singolo operatore che, previa registrazione ha accesso alla banca dati COGEAPS e può prendere atto della propria situazione e segnalare eventuali incongruenze. Il controllo (certificazione dei crediti) spetta agli Ordini delle Professioni Sanitarie (e/o Associazioni laddove non presente l'Ordine) che hanno rapporto diretto con i propri iscritti.

La pianificazione formativa annuale viene condivisa e validata a livello di Comitato Scientifico aziendale, anche per quanto riguarda l'individuazione dei Responsabili Scientifici delle singole iniziative formative; i docenti vengono nominati dalla Struttura FVO sulla base delle indicazioni fornite dal Responsabile scientifico della specifica iniziativa formativa.

A seguito di alcune cessazioni di personale dipendente è stato rinominato il Comitato Scientifico per la formazione previsto dal Manuale regionale di accreditamento Provider.

Per quanto attiene l'accREDITAMENTO in qualità di Provider Regionale ECM la scadenza del rinnovo è fissata per il mese di ottobre 2023. La Struttura FVO, ai fini del rinnovo, seguirà le indicazioni che verranno fornite in itinere dalla Regione Piemonte (aggiornamento dei file sul portale www.formazioneisanitapiemonte.it)

Rispetto alle linee di indirizzo contenute nel richiamato D.M. 8 maggio 2018, le LG sulla formazione del personale della PA emanate dal MEF e dal MPA aggiornano e integrano la componente connessa alla programmazione qualitativa e all'individuazione delle competenze che investono i profili (paragrafi 5 e 6), nulla innovando – invece - con riguardo agli aspetti finanziari e di gestione degli organici (paragrafi 2, 3 e 4). A tal fine viene predisposto il Piano Formativo Aziendale che tiene conto dei fabbisogni emersi nel corso della rilevazione effettuata annualmente. I committenti

collaborano con la FVO alla stesura dei progetti formativi come risulta dalla documentazione conservata agli atti.

Il budget e tutta la formazione ECM e non ECM viene gestito dalla S.S. FVO e monitorata attraverso il portale regionale, sia per quanto riguarda la formazione interna sia quella esterna, sponsorizzata e non.

La rendicontazione dell'attuazione del PFA viene resa disponibile come richiesto dalla Regione Piemonte entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

La formazione obbligatoria viene inserita annualmente nel PFA (Piano Formativo Aziendale) (allegato *work in progress*).

L'utilizzo delle modalità informatiche, miste o esclusive, con l'esperienza Covid, sono diventate patrimonio comune sia a livello di utenza che di organizzazione attiva e rappresentano un utile risultato della gestione emergenziale, seppur nella sentita necessità di poter tornare ad usufruire di modalità in presenza soprattutto per le aree di apprendimento dove le modalità digitali sono meno efficaci.

Come descritto nel Piano di Organizzazione¹⁰⁶ aziendale la Struttura Formazione del Personale e Valutazione degli Operatori oltre a gestire la formazione in sede e fuori sede si occupa delle attività atte a garantire il mantenimento del ruolo di Provider Regionale ECM (rendicontazione puntuale delle attività condotte, partecipazione al sistema ispettivo regionale e agli altri organismi regionali in tema di formazione professionale (Gruppo regionale Verificatori e Auditor, Tavolo delle AASS.RR. - ECM, Osservatorio Regionale per la Qualità della Formazione), manutenzione del sistema qualità della formazione).

Il riconoscimento dei permessi retribuiti per studio (cd 150 ore) è regolamentato in Azienda e gestito dalla Struttura Formazione e Valutazione del Personale tenuto conto di quanto previsto dal CCNL del comparto. Annualmente viene emesso provvedimento che descrive le modalità di richiesta e di valutazione per l'anno solare a venire. I permessi sono concessi per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciuti dall'ordinamento pubblico, nonché per sostenere i relativi esami".

Il beneficio, secondo quanto concertato con le OO.SS. del comparto sanitario, viene concesso sulla scorta di criteri tabellari predefiniti, resi noti e rendicontati.

L'Azienda da anni stipula convenzioni con Università e Scuole per la formazione dei propri dipendenti, di studenti e specializzandi come sede di tirocinio, di frequentatori volontari.

La S.S. FVO gestisce rapporti convenzionali con le sedi formative esterne (prevalentemente universitarie) per lo svolgimento in azienda dei tirocini formativi degli studenti a esse iscritti e ha in essere convenzioni con due licei per tirocini di studenti (cd PCTO – percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento - ex ASL alternanza scuola-lavoro).

È sede dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in Infermieristica, in Tecniche di Laboratorio Biomedico e in Tecniche di Radiologia per Immagini e Radioterapia afferenti alla Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino¹⁰⁷.

L'Azienda collabora attivamente alla formazione universitaria, sia mediante l'attività di docenza espletata dai propri professionisti nell'ambito di diversi corsi di laurea e di specializzazione, sia in quanto sede di tirocinio per studenti afferenti a sedi universitarie non solo regionali (Università degli Studi di Torino e Università del Piemonte Orientale) ma anche extra-regionali.

¹⁰⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

¹⁰⁷ www.unito.it

Per quanto riguarda la collaborazione con gli organismi regionali l'Azienda partecipa a:

- Tavolo Tecnico delle Aziende Sanitarie (di nuova istituzione) e Osservatorio Regionale per la Qualità della Formazione: è continuata la collaborazione nel rispetto del calendario definito dalla Regione stessa.
- Tavolo delle Aziende Sanitarie (sono membri i Responsabili e i Referenti delle AA.SS.RR.), Osservatorio Regionale ECM (è componente il Referente Formazione è componente).

Il Referente Formazione collabora altresì in qualità di Auditor e Verificatore Regionale delle Strutture Formazione delle AA.SS.RR.

La formazione sponsorizzata viene rendicontata alla FPCT semestralmente unitamente al monitoraggio in merito al rispetto del regolamento che presenterebbe alcune necessità di revisione, ma al momento in attesa di preannunciate indicazioni regionali.

Pari opportunità, valorizzazione e supporto agli operatori

In seguito alla pubblicazione delle nuove Linee Guida sulla "Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni"¹⁰⁸¹⁰⁹, tutti gli enti pubblici sono tenuti ad elaborare una *checklist* che individui la situazione attuale e le aree di intervento in tema di pari opportunità ed equilibrio di genere, da inserire nel PIAO e da rendicontare tramite i monitoraggi previsti.

Negli anni precedenti il CUG redigeva il Piano di Azioni Positive (PAP) secondo le indicazioni del DFP, sottoponendolo alle Consigliere di Parità Provinciale e Regionale e predisponendo poi una relazione sull'attività dell'anno successivo.

In coerenza con l'impianto dell'attuale PIAO in questa sezione vengono inserite, a partire dalle valutazioni dello stato di attuazione del PAP 2022¹¹⁰, le iniziative auspicate nel 2023 al momento della redazione del presente documento (Tabella n.54).

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
Promozione della cultura della leadership al femminile e del benessere organizzativo	Percorsi di formazione, tutoraggio e affiancamento	-DIPSA -CUG -DSP
	-Comunicazioni che ricordino le funzioni del CUG. delle sue funzioni e del suo funzionamento come da PG - Gestione segnalazioni discriminazione e disagio lavorativo_Rev. 0 -Punto di ascolto, raccolta di proposte e difficoltà	CUG
Iniziative di contrasto alla violenza: Donne e minori vittime di violenza	-Monitoraggio del fenomeno attraverso indicatori predefiniti -Miglioramento dell'iter procedurale	-Gruppo aziendale contrasto violenza di genere -Gruppo aziendale contrasto violenza sui minori

¹⁰⁸ adottate in attuazione dell'art. 5 del DL n.36/2022

¹⁰⁹ https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/Linee_guida_sulla_Parita_di_Genere.pdf

¹¹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
	<ul style="list-style-type: none"> -Diffusione della documentazione aziendale revisionata -Confronto periodico tra i punti di riferimento aziendali 	-CUG
	Formazione di diverso livello: <ul style="list-style-type: none"> -sulle procedure ed i percorsi aziendali; -sul funzionamento della rete territoriale e la collaborazione con le Associazioni presenti in ospedale; -sul fenomeno e il suo contrasto 	<ul style="list-style-type: none"> -Gruppo aziendale contrasto violenza di genere -Gruppo aziendale contrasto violenza sui minori
Iniziative di contrasto alla violenza: verso gli operatori	<ul style="list-style-type: none"> -Monitoraggio del fenomeno attraverso indicatori predefiniti e come da PG 014 -Formazione del personale -Adesione a campagne di sensibilizzazione dell'utenza -Corso di autodifesa all'interno della Rete Antiviolenza coordinata dal Comune di Cuneo¹¹¹ 	Rischio Clinico Commissione sicurezza?
Iniziative di contrasto alla violenza: tra operatori. Prevenzione della mancanza di rispetto, molestie e vessazioni sul luogo di lavoro:	<ul style="list-style-type: none"> -Riesame della procedura CUG; -Revisione Codice di comportamento aziendale; -Monitoraggio specifico delle infrazioni disciplinari riconducibili alle questioni di genere; -Individuazione di modalità di monitoraggio aziendali; -Sensibilizzazione; -Formazione; -Diffusione di formazione pre selezionata¹¹²; -Confronto con la Consigliera di Parità provinciale 	CUG FPCT
“	Partecipazione alle reti locali sul tema complessivo della prevenzione e gestione della violenza in generale, di genere e sui minori.	CUG Referente aziendale Empowerment

111

<http://intranet2srv.scroce.loc/applicativi/gestdoc/GestDoc.asp?NomeCartella=D:\Documentazione\cug\8%20marzo%20%E8%20tutto%20%27anno&NomeStruttura=Comitato%20Unico%20di%20Garanzia>

112

<http://eventipa.formez.it/node/374345#:~:text=Riforma%20Mentis%20%C3%A8%20il%20corso.di%20genere%20e%20alle%20pari>

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
		Gruppi multidisciplinari aziendali ¹¹³
“	Partecipazione alla rete regionale sul tema complessivo della prevenzione e gestione della violenza in generale, di genere e sui minori.	CUG Referente aziendale Empowerment Gruppi multidisciplinari aziendali ¹¹⁴
Contrasto ad ogni forma di discriminazione	<ul style="list-style-type: none"> -Ricostituzione CUG -Analisi modalità di integrazione con Organismo Paritetico per l’Innovazione -Riesame della procedura CUG; -Revisione Codice di comportamento aziendale; -Monitoraggio specifico delle infrazioni disciplinari riconducibili alle questioni di discriminazione -Individuazione di modalità di monitoraggio aziendali; -Sensibilizzazione; -Formazione; -Diffusione di formazione pre selezionata¹¹⁵; -Possibilità di confronto con la Consigliera di Parità provinciale, Consigliera di Parità regionale, UNAR -Partecipazione alla Rete antidiscriminazione -Avvio formazione e modalità di lavoro Punto informativo aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> CUG Amministrazione del Personale OO.SS CUG FPCT CUG URP Comunicazione e ufficio stampa
Governance e monitoraggio della diversity e della gender parity in Azienda	<ul style="list-style-type: none"> -Nomina del Responsabile dei percorsi di inserimento delle persone con disabilità -Pianificazione lavori -Valutazione estensione ad altre categorie di intervento -Valutazione possibilità di nomina mobility manager 	<ul style="list-style-type: none"> RTD CUG

¹¹³ Delibere n. 97 e 98 /2022

¹¹⁴ Delibere n. 97 e 98 /2022

¹¹⁵

<http://eventipa.formez.it/node/374345#:~:text=Riforma%2DMentis%20%C3%A8%20il%20corso.di%20genere%20e%20alle%20pari>

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
Clausole in tema di parità di genere previste dal PNRR e dal PNRR 2 (convertito in L. 79/2022)	-Monitoraggio rispondenza adempimento	Acquisti Tecnico
Attuazione decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80	-Presenza di modalità per garantire il rispetto del principio della parità di genere nella composizione delle commissioni esaminatrici delle procedure di selezione e reclutamento disciplinate dal decreto (articolo 1, comma 12); -Monitoraggio del rispetto -Quantificazione	Amministrazione del Personale
“	-Presenza di modalità per assicurare la parità di genere quando invitano i candidati ai colloqui selettivi nell'attribuzione di incarichi a esperti e professionisti ai fini dell'attuazione dei progetti del PNRR (articolo 1, comma 8).	Amministrazione del Personale Acquisti Tecnico
Attuazione decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36, prevede sulla base di specifiche linee guida adottate dal Dipartimento della funzione pubblica, di concerto con il Dipartimento delle pari opportunità (articolo 5).	-Individuazione di aree di rischio e possibili indicatori di monitoraggio -Valutazione di adozione di misure che attribuiscono vantaggi specifici ovvero evitino o compensino svantaggi nelle carriere al genere meno rappresentato.	Amministrazione del Personale CUG DIPSA
Equilibrio opportunità formative aziendali	-Monitoraggio annuale partecipanti/ricieste in ottica di genere	FVO DIPSA
Promozione culturale per la promozione della parità e valorizzazione di genere	-Partecipazione attiva alla progettazione, attuazione e valutazione dei momenti previsti da 8 marzo è tutto l'anno (gennaio per marzo; settembre per novembre): -Proposta di iniziative in collaborazione con le agenzie di orientamento scolastico finalizzato alla scelta delle scuole superiori e post superiori per offrire ottiche molteplici e favorire la partecipazione delle ragazze ai percorsi STEM -Collaborazione con i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie per iniziative formative, progettuali e lavori di tesi	CUG, DIPSA, DSP- Referente Empowerment in Laboratorio Donna
Linguaggio	-Valutazione di sistemi di monitoraggio del fenomeno interno a livello di linguaggio	CUG Consigliera di Parità provinciale

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
Medicina di genere e delle differenze	-Partecipazione al tavolo di lavoro regionale -Formazione -Promozione di raccolta ed analisi di dati in ottica di genere	Referente aziendale per la Medicina di Genere Referente Empowerment CUG
Conciliazione vita-lavoro/sostegno alla genitorialità	-Gestione e monitoraggio congedi parentali per maternità e paternità -n° medio di giorni di congedo parentale fruito su base annuale dalle donne vs n° medio fruito dagli uomini (esclusa la maternità obbligatoria); -Assegno Unico Universale: diffusione informazione e riferimento aziendale	Amministrazione del Personale
	Micronido aziendale	DSP PAAT
Conciliazione vita-lavoro	Valutazione nella revisione del Codice di comportamento di riferimento a quanto previsto dalla "Carta del tempo del lavoro manageriale"	FPCT CUG
	Incentivazione della possibilità di collegamenti anche in videoconferenza ogni qualvolta siano convocate riunioni in presenza	CUG
	Offerta di soluzioni abitative facilitate nei pressi dell'ospedale S. Croce per neoassunti e specializzandi	PAAT Fondazione Ospedale S. Croce e Carle
Valorizzazione: opportunità di crescita professionale	-Supporto e partecipazione nella scrittura di articoli originali per pubblicazione su riviste peer-reviewed; -Supporto nell'analisi critica di articoli scientifici; -Supporto alla produzione di abstract, presentazioni e poster per conferenze; -Supporto e partecipazione nel processo di revisione della letteratura; -Supporto per l'iter di sottomissione di studi presso il Comitato Etico Interaziendale; -Revisione linguistica e traduzione di testi scientifici in lingua italiana o inglese	DIPSA
	Affiancamento a dipendenti per la costruzione di percorsi di tesi, project work e lavori di approfondimento su temi di interesse aziendale	CUG
	Gestione e rendicontazione permessi di studio (cd 150 ore)	FVO
	Costituzione di un Gruppo aziendale di Bioetica formato dal personale del comparto, come Community of Practice, composta da personale con specifica formazione nel campo, al fine di	DIPSA

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
	valorizzarne il percorso formativo, oltre che costituire una modalità proattiva di fare etica, supportando i professionisti e riflettendo sulle tematiche e apportando contributi utili alla "pratica clinica"	
	Promuovere forme di partecipazione attiva e proattiva all'interno di AO (call action) es. Calls for proposal" da proporre agli studenti dei corsi di laurea magistrale con topics specifici e premiare il miglior progetto oppure concorso interno per il miglior progetto organizzativo/di ricerca	CUG DIPSA
Inserimento neoassunti	Accoglienza dei Direttori neoassunti per presentazione linee aziendali Accoglienza dei dirigenti neoassunti per presentazione aziendale Accoglienza del personale di comparto neoassunto secondo percorso Accoglienza degli specializzandi e dei diversi soggetti che frequentano l'Azienda per motivi formativi per presentazione aziendale Implementazione di schema formalizzato di accoglienza per il personale tecnico amministrativo neoassunto	Direttore Generale Direttore di Dipartimento FVO DIPSA FVO CUG
Inserimento neotrasferito interno	Attuazione percorsi di inserimento e affiancamento. Valutazione di programmi sperimentali di mentorship che valorizzino il passaggio di esperienze inter-genere oltre che inter-generazionale. Implementazione di schema formalizzato di accoglienza per il personale tecnico amministrativo neotrasferito.	DIPSA CUG (DAPO?)
Flessibilità lavorativa	Analisi fattibilità lavoro smart	Amministrazione del Personale Direttore Amministrativo CUG
Part time uso efficace del pt e riduzione del pt involontario?	-Gestione del percorso di richiesta, riconoscimento e monitoraggio del part time. -Rendicontazione: % donne vs % uomini titolari di part-time per categoria	Amministrazione del Personale DIPSA
Mobilità interna	Emissione avvisi e gestione secondo percorso aziendale	DIPSA
Mobilità esterna	Gestione secondo percorso interaziendale	Amministrazione del Personale

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
Permessi ex legge n. 104/1992 per l'accudimento di familiari	-Gestione del percorso di richiesta, riconoscimento e monitoraggio dei permessi -Rendicontazione: % donne vs % uomini titolari di permessi ex legge n. 104/1992 per l'accudimento di familiari e n° medio giorni fruiti su base annuale;	Amministrazione del Personale
Trasparenza e comunicazione	Ripresa pubblicazione della Newsletter aziendale	Comunicazione e Ufficio Stampa
	Alimentazione costante area intranet e bacheche CUG con le comunicazioni di pertinenza Pubblicazione dei dati di monitoraggio su Amministrazione Trasparente	CUG
	Sistema informativo utilizzato per far conoscere le strutture e le funzioni di supporto rispetto a come possono/essere utilizzate dai dipendenti (o dalla popolazione) dopo aver verificato la non sovrapposizione dei processi e la corretta attribuzione di responsabilità nelle fasi più importanti dei processi, soprattutto laddove possano esistere terre di confine non sempre chiaramente definite o che devono essere aggiornate in funzione del nuovo Atto Aziendale	Comunicazione e Ufficio Stampa FPCT CUG
	Individuazione di iniziative per facilitare l'accesso alle informazioni delle specifiche categorie di utenza e ai dipendenti, rispettivi sistemi di pretestaggio con il target di riferimento, di monitoraggio e rendicontazione	Comunicazione e Ufficio Stampa FPCT CUG RTD URP
Tutela operatori	Sorveglianza sanitaria	MC
	Formazione sulla sicurezza come da PFA (Legge 81, Rischio Clinico)	FVO SPP RC
	Diffusione del Codice di comportamento: -micropillole sulla rete intranet aziendale -formazione programmata -formazione specifica a richiesta -monitoraggio rispetto del Codice aziendale	FPCT UIPD FVO DIPSA
	Diffusione Regolamento UIPD: -comunicazione	UIPD FPCT

<i>Ambito</i>	<i>Azioni</i>	<i>Strutture coinvolte</i>
	-formazione	
	Diffusione regolamento Servizio Ispettivo Aziendale: -comunicazione	SIA FPCT
	Corretto utilizzo social e dispositivi di comunicazione aziendale, app di messaggistica: -campagne di sensibilizzazione -formazione	CUG DIPSA FVO
Supporto psicologico e rielaborativo	Attività specifica secondo quanto descritto nella PG_038_Indicazioni_all'attivazione_del_Servizio_Psicologia_Ospedaliera Rendicontazione annuale	DSP: Servizio di Psicologia

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

Disposizioni normative

All' art. 5¹¹⁶ si dispone che nel PIAO ci sia una sezione che indichi gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Monitoraggi aziendali

L'Azienda dispone di un sistema di monitoraggio consolidato e che ha implementato negli ultimi anni proprio al fine di avere a disposizione in tempo reale i dati più significativi per un'efficiente gestione aziendale in relazione non solo a valutazioni in corso di verifica con timing predefinito ma anche di pianificazione e riprogrammazione in corso d'opera, grazie ad una maggiore digitalizzazione dei flussi informativi.

I dati riferiti al contesto esterno vengono reperiti tramite la consultazione di diverse fonti, archiviando costantemente, anche con l'aiuto della Struttura Comunicazione e ufficio stampa, le notizie ritenute importanti.

I dati relativi al contesto interno sono forniti principalmente dalle seguenti strutture: Amministrazione del Personale, Bilancio e Contabilità, Comunicazione e ufficio stampa interaziendale, Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria di Presidio, Servizio Informativo Direzionale, PAAT.

Il perno del sistema è all'interno del governo della Performance e si avvale di cruscotti direzionali e di esperti nell'elaborazione dati che sono a supporto dei professionisti.

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

- la valutazione ed il controllo strategico (Direzione Aziendale);
- la valutazione ed il controllo della gestione (Controllo di Gestione);
- il controllo e la regolarità amministrativo-contabile (Direzione Amministrativa, Bilancio e Contabilità, Collegio Sindacale¹¹⁷);
- la valutazione del personale (Formazione e Valutazione degli Operatori).

Il modello organizzativo dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle è basato sulla distinzione tra potere di indirizzo, programmazione e controllo e quello di attuazione gestionale¹¹⁸.

¹¹⁶ Decreto 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 e vigente al 22-9-2022

¹¹⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

¹¹⁸ Del. 92 del 9.03.2017 -Regolamentazione Interna – Adozione Atti e Provvedimenti dei Responsabili delle Strutture Aziendali – Provvedimenti Conseguenti alla Deliberazione N. 611 Del 22.10.2015 – Seconda Revisione.

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente, pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità.

Al Direttore Generale compete la responsabilità complessiva della gestione aziendale, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della *mission* aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, alla allocazione delle risorse e alla valutazione dei risultati.

Il raggiungimento degli obiettivi (di mandato, del Direttore Generale, di budget) viene monitorato costantemente dal momento dell'assegnazione, attribuendo a specifici soggetti la funzione di verifica periodica dell'andamento rispetto all'atteso. Questa modalità consente, da un lato, di poter mettere in atto azioni correttive e di miglioramento qualora il risultato intermedio non fosse soddisfacente, dall'altra di incrementare il livello di *compliance* dei Responsabili e la percentuale di raggiungimento degli obiettivi. Il funzionamento del processo è valutato dall'OIV; nel caso degli obiettivi del Direttore Generale, l'autovalutazione degli stessi viene presentata alla Conferenza dei Sindaci prima di essere sottoposta alla Regione.

Nella Performance convogliano prima a livello di pianificazione e poi di rendicontazione anche gli elementi sino allo scorso anno contemplati per quanto riguarda l'ambito trasparenza ed anticorruzione dal PTPCT; le azioni di promozione del benessere, contrasto alle discriminazioni e valorizzazione del personale, compresa la formazione, dai documenti curati dal CUG.

Negli anni si è progressivamente incentivata l'integrazione con i documenti di Bilancio e si è teso ad inglobare le aree di gestione del Rischio Clinico e Sicurezza in generale, nonché quelle connesse a percorsi di Accreditamento e Certificazione coordinati dalla FQA che fa capo alla DSP.

La pianificazione e rendicontazione di quanto previsto a livello di comunicazione e diffusione delle informazioni utili ai dipendenti nonché agli utenti ed ai diversi *stakeholders* è per l'Azienda elemento altrettanto importante da considerare.

Nel 2023 si sperimenterà, salvo diversa indicazione normativa, una modalità di rendicontazione del PIAO sistemica con riferimento ad anno solare concluso.

Figura n. 55: Sintesi monitoraggi previsti dalle diverse sezioni del PIAO, che verrà sviluppato in relazione agli obiettivi di mandato –obiettivi annuali del Direttore Generale–obiettivi assegnati in annualità di budget. Salvo diversa indicazione il timing è annuale.

AREA DI RIFERIMENTO	RESPONSABILE	Doc di riferimento/timing (se diverso da annuale)
Valore Pubblico	Direzione	Relazione PIAO
Elementi di contesto esterno	Comunicazione e ufficio stampa FPCT	PIAO e relazione PIAO rassegna stampa
Elementi di contesto esterno e rischio normativo	Comunicazione e ufficio stampa, FPCT, Legale	Allegato maggiori elementi normativi
Elementi di contesto interno: dati attività, produzione e costi	Controllo di Gestione	PIAO e relazione PIAO relazioni ad hoc
Elementi di contesto interno:	RPCT Legale	PIAO e relazione relazione ANAC (15.01)

AREA DI RIFERIMENTO	RESPONSABILE	Doc di riferimento/timing (se diverso da annuale)
integrità, trasparenza, comportamento dipendenti	UIPD	
Elementi di contesto interno: dati attività, personale, formazione	Amministrazione del Personale/FVO OIV ¹¹⁹	PIAO e relazioni periodiche <i>triennale</i>
Elementi di contesto interno: eccellenze, elementi essenziali per l'utenza	Comunicazione e ufficio stampa, FQA, DSP-Umanizzazione	PIAO e relazione PIAO
Gestione del rischio: contenzioso	Legale DSP	Relazione rischio
Gestione del rischio: sicurezza e salute dei lavoratori	SPP MC	Relazione rischio Relazione Sorveglianza sanitaria
Gestione del rischio: clinico	DSP: RM UGRC	Relazione Rischio clinico (entro 31.01)
Gestione del rischio: discriminatorio	CUG	Relazione CUG (30.03)
Economico finanziaria	Bilancio e contabilità	Relazioni di Bilancio
Performance: attuazione ciclo performance e raggiungimento obiettivi	Controllo di Gestione, OIV	verbali OIV, provvedimenti Relazione PIAO
Performance: Tempi e liste di attesa	Controllo di Gestione	Pubblicazioni su Amministrazione Trasparente
Performance: Appropriatezza	Controllo di Gestione	verbali OIV, Relazione PIAO
Performance: Flussi informativi	SID Controllo di Gestione	periodiche
Trasparenza e anticorruzione	RPCT	Indicatori di Monitoraggio; Misure di contrasto;

¹¹⁹ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022, dal 2024

AREA DI RIFERIMENTO	RESPONSABILE	Doc di riferimento/timing (se diverso da annuale)
		Report applicativo gestionale Relazione annuale ANAC (15.01) Attestazione obblighi di pubblicazione da OIV (su indicazione ANAC)
	RPCT	Registro accessi (semestrale)
Antiriciclaggio	Gestore segnalazioni antiriciclaggio	Relazione
Performance:	Responsabile gestione documentale	Relazione PIAO
Performance: livelli di qualità	FQA	riesame qualità: report indagini ed audit monitoraggio indicatori
Performance e Trasparenza: misure attuata con i fondi PNRR	Referente aziendale PNRR	Monitoraggi e Relazioni specificamente richieste
Performance e Trasparenza: avanzamento nuovo ospedale	Gruppo di lavoro aziendale	Relazione PIAO
Soddisfazione dell'utenza	PAAT/URP	Analisi delle segnalazioni; Report indagini ed audit civici
Monitoraggio degli obiettivi di accessibilità	RTD	Dichiarazione di accessibilità (23.09)
Soddisfazione dell'utenza:	Comunicazione e ufficio stampa, Referente Umanizzazione e Empowerment	Impegni dichiarati nella Carta dei Servizi; quadro sinottico progetti di umanizzazione ed empowerment relazione PIAO
	PAAT	Report indagini di soddisfazione
	PAAT	Verbali riunioni Conferenza di Partecipazione
Iniziative parità di genere	CUG	Relazione CUG (30.03)
Formazione aziendale	FVO	Rendicontazione aziendale su piattaforma regionale

AREA DI RIFERIMENTO	RESPONSABILE	Doc di riferimento/timing (se diverso da annuale)
Lavoro agile	Amministrazione del Personale/ /OSRU OIV ¹²⁰	Relazione PIAO <i>triennale</i>
Stakeholders	Gruppo lavoro PIAO	Relazione PIAO
Valutazioni individuali	FVO	Relazione SIMIVAP

In fase di rendicontazione del monitoraggio si renderà evidente della cascata di obiettivi (di mandato-annuali della Direzione-di budget; progetti ed extra obiettivi di budget).

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, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori, in modo coerente con quanto definito dal D. Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.

Nella Relazione SiMiVaP¹²¹, se verrà confermato l'obbligo di redazione, si sintetizzeranno i dati connessi alla valutazione del personale secondo quanto previsto nel SiMiVaP¹²².

Per gli accertamenti delle disposizioni di cui all'articolo 1, commi da 56 a 65, della legge n.662/1996 e ss.mm.ii ci si avvale del Servizio Ispettivo Aziendale.

Gli organismi aziendali preposti alla verifica e valutazione sono l'Organismo Indipendente di Valutazione ed i Collegi tecnici.

Le opinioni degli utenti vengono raccolte secondo le modalità specificamente indicate dalle procedure e convogliano nelle Relazioni annuali: analisi segnalazioni (informali e formali quali reclami ed elogi), report scaturiti da indagini di soddisfazione ed audit civici, opinioni pervenute tramite i canali previsti dal portale e dalla rete intranet e dai diversi punti di raccolta previsti (es URP, CUG, MC, SID, *whistleblowing*), contributi emersi dagli *stakeholders* come la Conferenza di Partecipazione, la Conferenza dei Sindaci piuttosto che da segnalazioni riguardanti l'Azienda fatti pervenire ad altri canali (es ANAC, DFP, Consiglieri di parità, UNAR, Regione, Autorità Giudiziaria).

Gli elementi raccolti ed analizzati vengono sintetizzati nei documenti di rendicontazione ed utilizzati, in ottica di miglioramento continuo, per l'individuazione di nuovi obiettivi e per la predisposizione di iniziative e progetti che vengono gestiti a livello di gruppi di lavoro e che fungono da base di partenza per il PIAO successivo.

In relazione alla Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall' OIV¹²³.

Monitoraggi dall'esterno

A decorrere dalla data di entrata in vigore del DPR n 81 del 30.06.2022, il Dipartimento della Funzione Pubblica, d'intesa con la Conferenza Unificata, effettua un costante monitoraggio¹²⁴

¹²⁰ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022, dal 2024

¹²¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1041>

¹²² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

¹²³ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022

¹²⁴ art. 13 del DPR n. 132 del 30.06.2022

sull'attuazione di quanto previsto dai PIAO pubblicati sul portale¹²⁵, anche attraverso lo sviluppo di consultazioni rivolte ad accertare l'impatto delle semplificazioni introdotte nei confronti di cittadini ed imprese, al fine di adottare eventuali disposizioni modificative e integrative, con particolare attenzione alla eliminazione di duplicazioni formali e sostanziali. L'Art. 3¹²⁶ relativo al Monitoraggio stabilisce che:

- al fine di individuare ulteriori adempimenti incompatibili con il PIAO, il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e, per la disciplina sulla prevenzione della corruzione e per la trasparenza, l'Autorità Nazionale Anticorruzione effettuano, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, un'attività di monitoraggio sull'effettiva utilità degli adempimenti richiesti dai piani non inclusi nel PIAO.
- All'esito dell'attività di monitoraggio di cui al comma 1, e ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-legge n. 80 del 2021, si provvede alla individuazione di eventuali ulteriori disposizioni incompatibili con la disciplina di cui allo stesso articolo 6.

Per quanto riguarda il coinvolgimento degli stakeholders (portatori di interesse), al fine di assicurare servizi sanitari sempre più appropriati ai bisogni di salute della comunità, oltre a quanto definito a livello interaziendale con l'ASLCN1 in risposta ai bisogni della popolazione di riferimento, l'Azienda utilizza le informazioni raccolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), dall'ufficio stampa interaziendale e dai diversi punti di front line. Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è dedicata la Carta dei servizi¹²⁷ e la specifica documentazione predisposta per l'utente diretto, 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 dal D.lgs 97/2016 che ha introdotto l'accesso civico generalizzato¹²⁸ e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie.

L'attività periodica della Conferenza di Partecipazione¹²⁹ e la riattivazione dello sportello di Cittadinanzattiva all'interno dell'ospedale garantiscono l'attuazione del principio di partecipazione e consentono di raccogliere ed analizzare dati ulteriori oltre a quelli acquisiti dall'URP¹³⁰ e attraverso segnalazioni-reclami¹³¹ ed indagini di soddisfazione che riprenderanno nel 2023 con le modalità semplificate studiate prima della pandemia.

Conseguentemente verrà riesaminata la Commissione Mista Conciliativa¹³² ed il relativo Regolamento di Pubblica Tutela¹³³.

Non appena verranno fornite ulteriori indicazioni per la gestione delle segnalazioni di illecito (*whistleblowing*), in modo particolare per quanto riguarda il trattamento dati e in relazione all'adozione del Regolamento Europeo, verrà riesaminata la procedura aziendale¹³⁴.

Vengono analizzate tutte le richieste di accesso, soprattutto civico generalizzato al fine di individuare eventuali dati da rendere proattivamente riconoscibili.

¹²⁵ <https://piao.dfp.gov.it/plans>

¹²⁶ DPR n. 81 del 24 giugno 2022 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", pubblicato in GU n.151 del 30-6-2022 e vigente al: 15-7-2022

¹²⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

¹²⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=563>

¹²⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

¹³⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=56>

¹³¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=175>

¹³² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

¹³³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

¹³⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

Per il 2023 non si prevede di adottare uno specifico modello unitario di valutazione dei livelli raggiunti dalle singole sottosezioni.

RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI

- Articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113
- DPR n. 81 del 24 giugno 2022 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione” ,pubblicato in GU n.151 del 30-6-2022 e vigente al: 15-7-2022 ha chiarito
- DM del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24 giugno 2022
- Decreto 30 giugno 2022, n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 e vigente al 22-9-2022
- Circolare DFP del 11 ottobre 2022 recante «Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80.»
- PNA 2022
- Legge 190/2012
- D.lgs 33/2013 e ss.mm.ii
- D.lgs. n. 165/2001
- D.lgs. n. 150/2009
- Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche”, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 30 novembre 2021 e Intesa Conferenza Unificata n.281 del 16 dicembre 2021
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri n.1/2019

ALLEGATI

Modello “work in progress”: gli allegati vengono costantemente aggiornati ed implementati

- Elenco degli obblighi di pubblicazione ed Elenco responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati
- Elenco maggiori monitoraggi aziendali previsti per il 2023
- Maggiori misure di mitigazioni dei rischi e gestione del sistema aziendale complessivo previste per il 2023
- Tabella maggiori stakeholders

- Terminologia, acronimi e sigle di maggior utilizzo

- Elementi descrittivi per l’analisi del contesto esterno
- Elementi descrittivi per l’analisi del contesto interno
- Valutazione dei rischi di mancata integrità e misure
- Ciclo del budget 2023
- PFA 2023
- Bilancio di previsione

- Piano di comunicazione 2023-2024
- Simivap
- Schede SVI
- Piano di Fabbisogno del Personale

LISTA DI DISTRIBUZIONE

Tutti i dipendenti e tutta la popolazione tramite pubblicazione sul sito web www.ospedale.cuneo.it (area Amministrazione Trasparente-Performance-PIAO).