

<p>Regione Piemonte</p>  <p>AO S. Croce e Carle - Cuneo</p>	<p>PIAO 2024 Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026</p>	<p>Data di <i>emissione</i>: 16.01.2024 Rev. 0</p>
<p>Stesura <i>Gruppo di lavoro:</i> Gianluigi Guano Giorgio Rinaldi Luisa Ruatta Nadia Somale</p>	<p>Verifica e approvazione <i>Direttore Generale</i> Livio Tranchida</p>	<p>Emissione e pubblicazione <i>Responsabile</i> <i>Controllo di Gestione:</i> Gianluigi Guano</p>

Sommario

Premessa	2
Sezione 1 Scheda anagrafica dell'amministrazione	5
Sezione 2 Valore pubblico, performance e anticorruzione	16
Sottosezione di programmazione: Valore pubblico	16
Sottosezione di programmazione: Performance.....	20
Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza.....	40
Sezione 3 Organizzazione e capitale umano	59
Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa.....	59
Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile.....	69
Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	70
Sezione 4 Monitoraggio	91
Riferimenti e documenti correlati	96
Allegati	97
Lista di distribuzione	97

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'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo (d'ora in poi AO o Azienda) è soggetta a questo adempimento.

Il PIAO ha l'obiettivo 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.

Il PIAO è riferimento essenziale anche per i requisiti di Accreditamento Istituzionale previsti dalla Regione Piemonte: è 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
- l'esito dell'attivazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Arco temporale

L'arco temporale di riferimento della pianificazione è triennale; il presente aggiornamento si focalizza sull'anno 2024.

Redazione del PIAO

È stato confermato il Gruppo di lavoro deputato alla redazione e monitoraggio del PIAO². Il coordinatore del gruppo di lavoro è il Responsabile della Struttura Controllo di Gestione che è anche il Coordinatore del Comitato Budget e il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (d'ora in poi RPCT).

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

² Delibera n. 322 del 30.06.2022 in <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

Il Piano è predisposto esclusivamente in formato digitale³ ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri⁴ e sul sito istituzionale dell'AO nell'area Amministrazione Trasparente⁵.

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 le modifiche che si renderanno necessarie.

La prospettiva triennale insita nel PIAO consente, fermo restando gli adattamenti conseguenti all'adozione di un nuovo Atto Aziendale ed in funzione della riassegnazione di 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 stakeholder, 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 (sigla del ciclo Plan-Do-Check-Act: PDCA) e di fattibilità che attraverso una comunicazione trasparente, efficace ed efficiente consenta di 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 PIAO⁶, 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 stakeholder

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;

³ art 7 DPR n. 132 del 30.06.2022

⁴ <https://piao.dfp.gov.it/plans/digitando-AZIENDA-OSPEDALIERA-SANTA-CROCE-E-CARLE>

⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

⁶ art. 8 del DPR n. 132 del 30.06.2022

- il Responsabile dell’inserimento e dell’aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA);
- la 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.

Nel mese di novembre 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 Commissario e dall’altro alle linee di azione prevedibili in questa parte dell’anno.

Nella seduta dell’OIV del 15.11.2023 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 2024 e per il monitoraggio dell’edizione precedente, ottenendone parere favorevole.

Adozione del PIAO

La bozza del PIAO composta con le informazioni pervenute a fine novembre 2023, inserite secondo l’adattamento dello Schema tipo, analizzata con la Direzione Generale è stata posta in consultazione sul sito internet e intranet aziendale dal 15.12.2023 al 31.12.2023. Non sono pervenute osservazioni sostanziali né dall’esterno né dall’interno dell’AO e le proposte di modifica e integrazione 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. L’OIV ha data la sua approvazione in data 4 gennaio 2024.

Il PIAO⁷ è adottato dal Direttore Generale, come organo di indirizzo politico⁸ con apposito provvedimento.

Le attività previste dalla normativa vigente⁹ 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 PIAO¹⁰.

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 linkare¹¹ 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.

Modifiche al PIAO

Il PIAO adottato verrà progressivamente implementato con allegati e link che ne sostanziano e documentano 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.

⁷ art. 11 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁸ art. 10 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁹ art. 14 del DPR n. 132 del 30.06.2022

¹⁰ <https://www.piao.dfp.gov.it>

¹¹ art. 9 del D.lgs. 33/2013

Sezione 1 Scheda anagrafica dell'amministrazione

Tabella 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 aziendale¹², nelle Pubblicazioni per il cittadino¹³ a partire dalla Carta dei Servizi¹⁴ e in Amministrazione Trasparente¹⁵.

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. È 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 s.m.i., 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 (Gruppi Interdisciplinari di cura = GIC unico interaziendale), tumori cutanei, tumori toracopolmonari, tumori della testa e del collo, tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine, tumori urologici, tumori del sistema nervoso, tumori ematologici (leucemie acute, linfomi, mielomi, disordini linfoproliferativi cronici, sindromi mielodisplastiche). Vengono effettuate circa 1700 visite all'anno dal Centro Accoglienza Servizi (CAS) e 3800 dai GIC;
- 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.

¹² www.ospedale.cuneo.it

¹³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

¹⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico/carta-dei-servizi/>

¹⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=230>

- La Deliberazione della Giunta Regionale 7 ottobre 2022, n. 19-5756¹⁶, 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 sovra zonale, 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.

È in vigore l'Atto Aziendale adottato con deliberazione del Direttore generale n. 394 del 12/08/2022, pubblicato unitamente all'organigramma ed al Piano di Organizzazione sul portale aziendale¹⁷ e comunicato a tutti i dipendenti tramite la rete intranet.

A seguito delle dimissioni volontarie da parte del precedente Direttore Generale, la Regione Piemonte, con deliberazione della Giunta regionale n. 31-6712 del 4 aprile 2023¹⁸, ha nominato un Commissario, che successivamente ha provveduto a nominare il Direttore Sanitario di Azienda¹⁹ e il Direttore Amministrativo²⁰.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 22-8053/2023/XI del 29 dicembre 2023 è stato nominato il nuovo Direttore Generale²¹ per un triennio. Nei prossimi mesi lo stesso provvederà a riesaminare l'Atto Aziendale e l'organigramma.

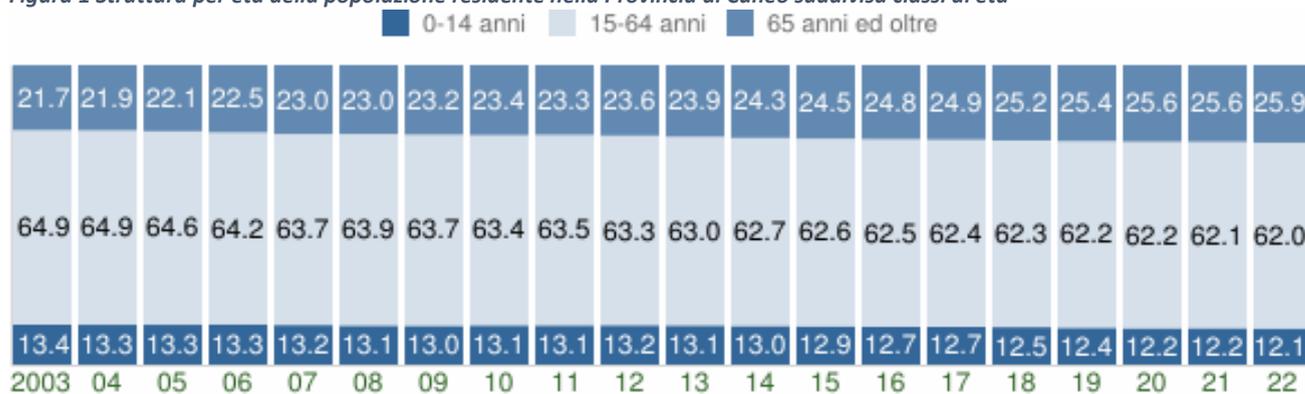
Il modello organizzativo adottato dall'Azienda è coerente con le indicazioni normative vigenti e tiene conto del ruolo di Ospedale di riferimento dell'Area Omogenea Piemonte Sud-Ovest, coincidente con la provincia di Cuneo (popolazione di circa 600.000 abitanti).

Sintesi dei maggiori dati di contesto esterno di riferimento

La provincia di Cuneo²², è costituita da 247 comuni²³, su una superficie mista di 6.894,83 km quadrati con una densità abitativa media di 84,4 residenti per km quadrato (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Alba, Bra, Fossano, Mondovì, Saluzzo e Savigliano).

Il numero di abitanti residenti in provincia al 1° gennaio 2023 era di 579 948 abitanti²⁴, di cui 292 485 femmine. 207 le unità in meno rispetto all'anno precedente, ma 7265 unità in meno rispetto al periodo pre-pandemico, dato che deve essere letto sia per effetto dei decessi, in modo particolare nella popolazione anziana, sia al freno all'immigrazione o alla non permanenza stanziale piuttosto che al rimpatrio di nuclei familiari già stabilizzati, fenomeni che sono andati ad innestarsi sul basso tasso di natalità territoriale.

Figura 1 Struttura per età della popolazione residente nella Provincia di Cuneo suddivisa classi di età



Struttura per età della popolazione (valori %) - ultimi 20 anni

COMUNE DI CUNEO - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

¹⁶ 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.

¹⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

¹⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/>

¹⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-sanitario/>

²⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-amministrativo/>

²¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

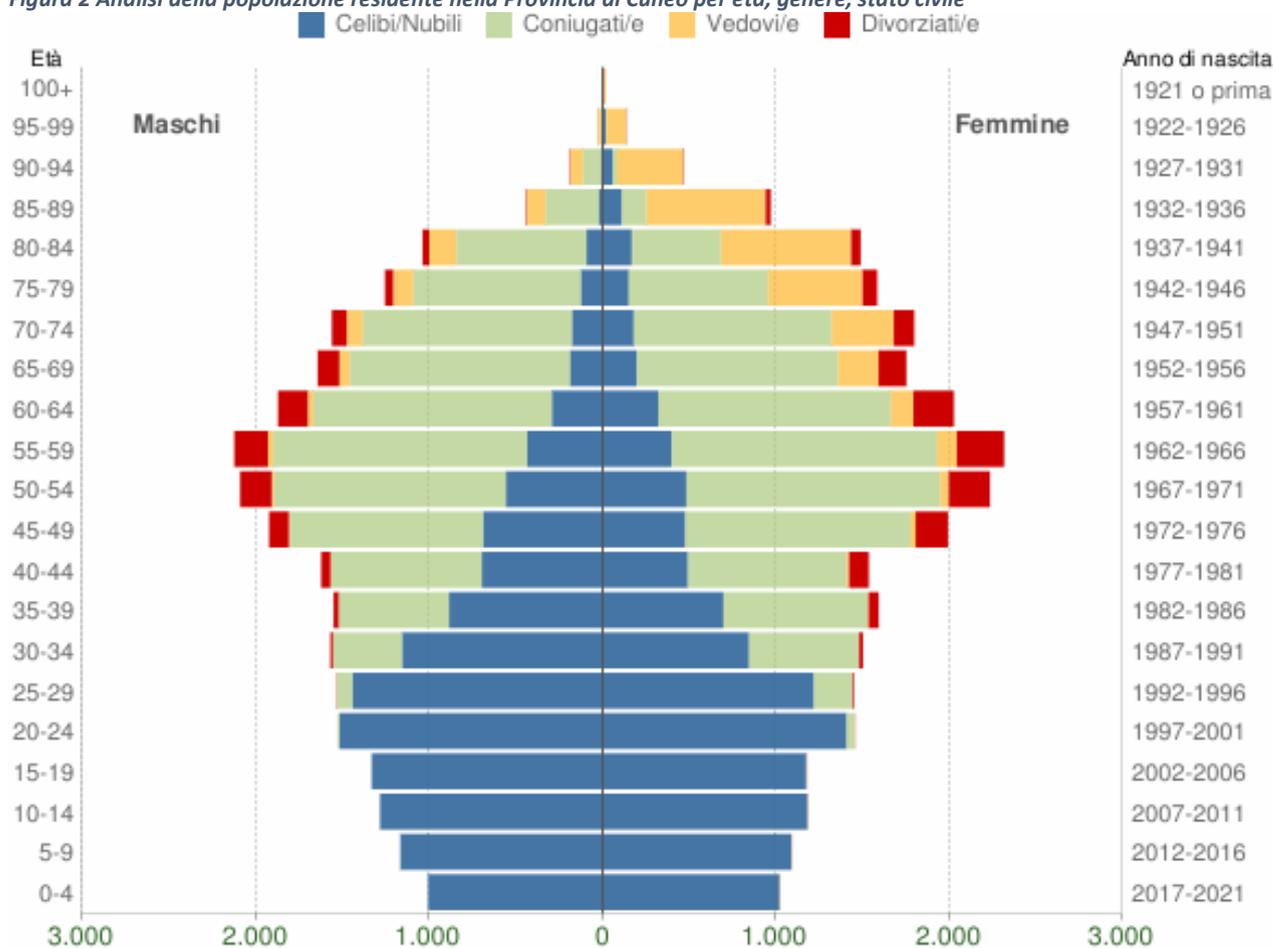
²² Fonte dati <https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/dati-sintesi/cuneo/4/3>

²³ http://piemonte.indettaglio.it/ita/province/cn/la_provincia_di_cuneo.html

²⁴ http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1&Lang=it

La speranza di vita media alla nascita, in provincia all'ultima rilevazione fatta dal Sole24ore è di 82,5 anni.

Figura 2 Analisi della popolazione residente nella Provincia di Cuneo per età, genere, stato civile



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2022

COMUNE DI CUNEO - Dati ISTAT 1° gennaio 2022 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Rispetto alla mortalità, nella popolazione dell'ASL CN1, permangono in entrambi i sessi come principali cause di morte, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio²⁵.

Sono in aumento gli incidenti nelle diverse tipologie che colpiscono, con esiti talvolta gravi (decesso, invalidità) trasversalmente alle fasce di età centrali nella distribuzione statistica. Gli episodi riconducibili alla violenza nelle sue diverse sfaccettature, per quanto non numericamente rilevante come nelle grandi città, sono significativi per quanto un paragone con anni precedenti non può essere fatto in maniera lineare a causa della complessità del fenomeno e dell'incidenza non facilmente quantificabile delle condizioni di denuncia rispetto agli episodi ed all'entità complessiva.

Le problematiche connesse alla salute mentale in tutte le fasce di età, con un allarme particolare rispetto agli adolescenti, continuano ad essere rilevanti e a tradursi in domande esplicite e bisogni espressi in molteplici modalità rispetto alle quali i servizi faticano a fornire risposte.

Il tasso di occupazione secondo le ultime rilevazioni di inizio anno risulta pari al 70,3%, è di sette punti più alto di quello regionale e di quasi dieci punti superiore a quello nazionale: un record "macchiato" solo dal 13,8% di distanza tra l'occupazione maschile e quella femminile. La provincia di Cuneo nel 2022 ha recuperato quanto aveva perso in pandemia, come emerge dal Rapporto Cuneo 2023 della Camera di commercio. In termini di valore aggiunto

²⁵ Fonte dati: Banca Dati PiSta Regione Piemonte

la crescita è pari al 6,9% rispetto al 2021: Cuneo con i suoi 21,5 miliardi di euro "pesa" per il 14,7% della ricchezza regionale e circa l'1% di quella nazionale. La provincia è la prima in Piemonte in termini di valore aggiunto per abitante, anticipando per il secondo anno consecutivo il capoluogo Torino.

Se consideriamo i flussi di ingresso nel mercato del lavoro, la componente maschile presenta una flessione maggiore rispetto alla componente femminile (-4,9% contro il -0,5%) mentre la dinamica dei flussi in uscita premia la componente maschile in quanto le cessazioni calano del 6,2% contro il -1% di quella femminile. Inoltre i giovani (15-29 anni) e gli adulti (30-54 anni) sono le componenti maggiormente interessate dalla contrazione del mercato del lavoro subendo, in termini percentuali, un calo delle assunzioni rispettivamente del 3,2% e 5,3% mentre per i soggetti con più di 54 anni le assunzioni crescono del 4%.

Per quanto riguarda i settori, il saldo annuale è positivo principalmente per il manifatturiero (+1,8 mila), per il turismo (+0,9 mila) e per le costruzioni (+0,6 mila). Positiva la performance della Pubblica Amministrazione che, in seguito allo sblocco dei concorsi banditi o da bandire, ha riaperto le assunzioni dopo anni di blocco del turnover.

Ad eccezione dei dirigenti, tutte le altre figure professionali presentano saldi positivi, in particolare gli impiegati (+1,4 mila posizioni) e le professioni qualificate nel commercio e nei servizi (+0,8 mila posizioni) e operai semi-specializzati (+0,8 mila posizioni). Le figure professionali non qualificate sono anche quelle che mostrano la maggiore contrazione in termini di flussi in ingresso (-24,1%). A livello territoriale, tutti i centri per l'impiego della provincia registrano saldi positivi con la differenza che per Fossano e Saluzzo i livelli sono inferiori al 2019. In tali aree rimane alta l'attenzione agli operatori stagionali sia per le condizioni contrattuali sia per quelle di salute e socio abitative.

I contratti di lavoro intermittente e lavoro domestico rimangono sostanzialmente stabili rispetto al periodo pre-pandemico per quanto per via della modificazione dei comportamenti delle persone immigrate sono variate alcune componenti rispetto a provenienza ed età.

Anche la disoccupazione, al 3,7%, si mantiene su livelli fisiologici. Tra le criticità è la persistente difficoltà a reperire personale (segnalata dal 45,7%) e la flessione nel tasso di crescita delle imprese a guida femminile. Il tessuto produttivo vede oggi meno imprese, ma più solide: il peso di Cuneo per numero di imprese registrate è sceso dal 22esimo posto nazionale del 2010 al 28esimo nel 2022. Sono però imprese più strutturate e il tasso di sopravvivenza è infatti migliore di quello regionale.

Più basso rispetto alla media nazionale il numero delle imprese gestite da stranieri, che però registrano un tasso di natalità molto alto (quoziente di natalità pari a 6,80 = +17,7%, per un tasso di fecondità di 1,31) e una mortalità in linea con le altre. Nel turismo, dove operano circa seimila imprese, si sono registrate oltre 1,9 milioni di presenze nel 2022: in crescita del 30,1% sull'anno precedente, seppur ancora inferiori ai livelli pre-pandemia. Bene, infine, il commercio estero: sono in crescita sia le importazioni (+18%) che le esportazioni (+7,1%).

In Provincia sono presenti 3 Aziende Sanitarie Regionali: l'ASLCN2, l'ASLCN1 e l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo che costituiscono l'Area Omogenea del Piemonte Sud Ovest.

L'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, autonoma dall'ASLCN1, è l'ospedale HUB di riferimento per la stessa e cardine per l'area Nord dell'ASLCN1.

Il dettaglio aggiornato dei dati epidemiologici e socio-economici di maggiore rilevanza è ricavabile dal PIAO dell'ASLCN1²⁶ e dai documenti di monitoraggio in esso indicati, anche se in questo periodo dell'anno non sono ancora disponibili dati più aggiornati rispetto all'effettivo andamento 2023.

L'ASL CN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km²; il territorio di riferimento ricomprende 173 Comuni. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%;

²⁶ <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/piano-integrato-di-attivita-e-organizzazione/>

superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%). Il numero di abitanti residenti a fine 2022 era di 411.632 unità, con una densità di popolazione fra le più basse del Piemonte (71 residenti per Kmq).

La conformazione geografica del territorio su cui abitano la maggior parte degli utenti dell'AO è un elemento importante da considerare, soprattutto in relazione alla popolazione anziana che ha un maggior carico di bisogni assistenziali.

La viabilità continua a rimanere un aspetto critico fondamentale da presidiare e la necessità di garantire la raggiungibilità degli utenti in base alle loro esigenze un vincolo che, soprattutto per i servizi socio sanitari, condiziona complessivamente l'accessibilità.

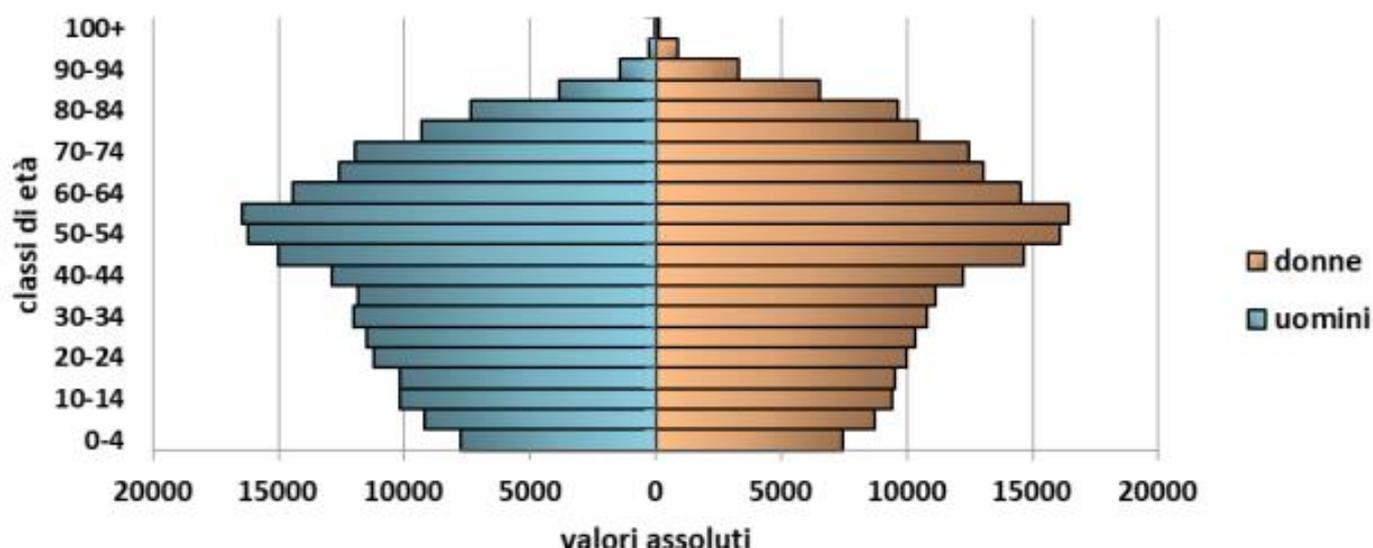
Dai tavoli di lavoro presenti a vario livello emerge una forte necessità di sinergia tra pubblico e privato di tutti i settori per ottimizzare le risorse a disposizione e per individuare ulteriori possibilità di implementazione di servizi esistenti e creazione di nuovi in ottica di welfare complessivo che si traduce con sempre maggior evidenza nello stato di salute della popolazione sia in termini generali che di utilizzo delle prestazioni sanitarie e sociali.

La collaborazione attiva dell'AO all'interno di questi tavoli continuerà anche nel corso del 2024, così come il confronto a livello regionale e locale e di società scientifiche ed associazioni.

I Distretti dell'ASLCN1, di riferimento per l'Azienda, si avvalgono della Conferenza dei Sindaci²⁷ come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei cittadini di proprio riferimento e per altre attività previste dalla vigente normativa, come nel caso del Piano Locale di Prevenzione, del Piano Vaccinale e del Piano Locale Cronicità²⁸⁻²⁹.

Nell'Asl CN1 le persone con oltre 64 anni di età sono circa 93.300 e rappresentano il 23% della popolazione residente.

Figura 3 Piramide di età della popolazione residente nell'ASLCN1 al 31.12.2022³⁰



Questa forma rispecchia l'invecchiamento della popolazione, dovuto alla diminuzione del tasso di natalità e al contemporaneo aumento della capacità di sopravvivenza (con la conseguenza apparentemente paradossale dell'aumento del tasso di mortalità, che aumenta perché la popolazione invecchia).

²⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

²⁸ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

²⁹ file:///C:/Users/somale_n/Downloads/Allegato_3b_Del_520-2018_del_27_12_2018_Piano_Cronicita.pdf

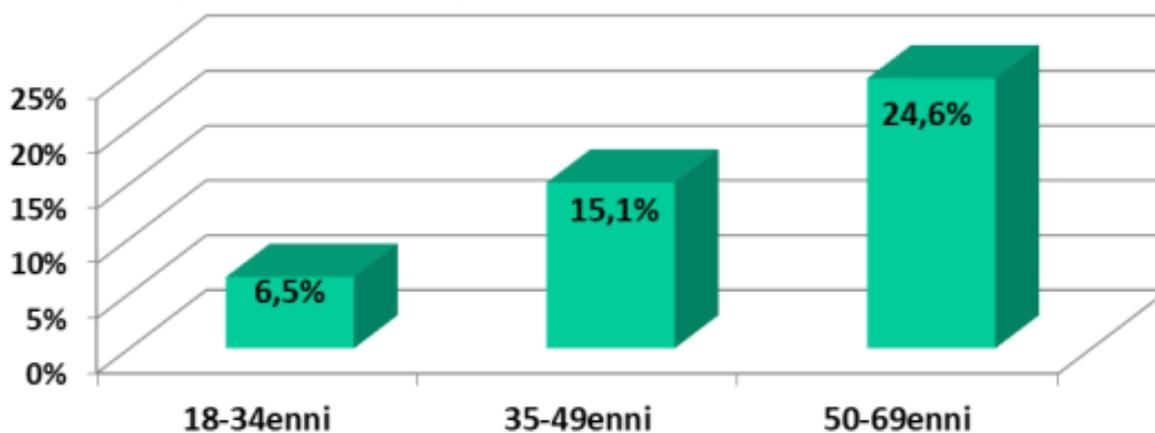
³⁰ Piano Locale di Prevenzione 2023 in https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2023-06/CN1_2023_Programmazione_PLP.pdf

Le fasce di popolazione più numerose (45-49enni, 50-55enni, 56-59enni) sono quelle dei soggetti nati durante il boom economico italiano (1958- 1963), che a livello di crescita demografica si è protratto fino agli anni Settanta del Novecento. Nei quattro Distretti Sanitari in cui è suddiviso il territorio di riferimento dell'ASL CN1, gli anziani dopo i 65 anni di età, costituiscono il 24.4% della popolazione totale nel Distretto Sud-Ovest, il 27,2% nel Distretto Sud-Est, il 25,1% nel Nord-Ovest e il 23,7% nel Nord-Est.

L'indicatore sintetico di fabbisogno di prevenzione (HAZ – acronimo dell'inglese Health Action Zones), è un indice, sviluppato a livello regionale dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI), che identifica un'ampia gamma di fattori che impattano sulla salute, mettendo insieme dimensioni sociali di deprivazione (ad es. bassa istruzione, soggetti inattivi, affollamento abitativo) con i bisogni di salute, approssimabili attraverso la prevalenza di alcune malattie croniche (diabete, malattie cardiovascolari, tumori), salute mentale (depressione, demenza), malattie respiratorie, dipendenza da sostanze/comportamenti. Nella costruzione dell'HAZ, il territorio dell'ASL CN1 è suddiviso in 41 zone. Tra queste zone, 18 vengono identificate a bassa intensità di implementazione di azioni mirate per la salute; 11 a bassa necessità di interventi specifici e 4 a media necessità. Al contrario, 6 zone sono definite ad alta priorità di intervento e 2 zone a priorità molto elevata, pertanto sarà proprio sugli 8 aggregati geografici che andranno implementati interventi specifici di promozione della salute e di prevenzione.

Per quanto riguarda le patologie croniche dalla Sorveglianza P.A.S.S.I. ³¹ risulta che la prevalenza di persone con almeno una diagnosi di cronicità aumenta, come atteso, all'aumentare dell'età: infatti tale prevalenza tra i 50-69enni è del 25% circa in ASL CN1, ma non bisogna sottovalutare la presenza di soggetti cronici tra i giovani (6% circa).

Figura 4 Prevalenza di persone con almeno una diagnosi di cronicità nell'ASL CN1 al 31.12.2022³²



Tramite P.A.S.S.I. vengono inoltre rilevati i principali fattori di rischio per le patologie croniche.

Conseguentemente a queste rilevazioni ed alle previsioni fatte sia dai professionisti coinvolti sia dalle tendenze evidenziate in letteratura, vengono individuati obiettivi del programma (trasversali e specifici) con i relativi indicatori certificativi e il valore atteso nell'arco temporale dato a riferimento, solitamente triennale e a scorrimento. Alle azioni associate concorre attivamente l'AO, come previsto dal PRP 2020-2025 che, sottolinea la necessità che le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi siano condivise e coordinate in maniera continuativa tra tutte le Aziende afferenti alle singole aree omogenee di programmazione.

³¹ <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

³² Piano Locale di Prevenzione 2023 in https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2023-06/CN1_2023_Programmazione_PLP.pdf

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 che, al 31.10.2023, consta di 105 unità organizzative³³ e 5 Funzioni , in cui lavorano complessivamente 2350 dipendenti.

Figura 5 Rappresentazione numerica delle Strutture dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo come da Atto Aziendale³⁴

AO SANTA CROCE E CARLE di CUNEO	SC	SSD	SS	TOTALE
Afferenza AZIENDALE				
AREA ORGANIZZATIVA e AMMINISTRATIVA				
STRUTTURE in staff alla DIREZIONE GENERALE	=	=	4	4
STRUTTURE in line al DIRETTORE AMMINISTRATIVO	5	=	10	15
STRUTTURE in line o in staff al DIRETTORE SANITARIO	2	=	5	7
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	7	1	5	13
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE	4*	=	3	7
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE di SALUTE MENTALE	1	=	=	1
TOTALE	46	7	52	105

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

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

³³ Delibera 441 del 31.10.2018 Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo-Aggiornamento distribuzione posti letto di ricovero ordinario e diurno.

³⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

Tabella 2 Rappresentazione posti letto al 31.10.2023

	S. CROCE	A. CARLE	TOTALE
D.O.	389	147	536
D.H.	26	24	50
TOTALE	415	171	586

L'Azienda 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, ruolo pienamente conservato anche nel corso della pandemia con la necessaria riorganizzazione di tutte le prestazioni.

I dati di attività fotografati tra a fine settembre e fine ottobre 2023 vengono di seguito sintetizzati in quanto risultano utili a fornire una rappresentazione dell'erogazione delle principali categorie di prestazioni e di riferimento per le previsioni sul 2024 e le progressive costanti valutazioni.

Tabella 3 Accessi DEA al 31.10.2023 stratificati per mesi, genere e nazionalità

SESSO	Totale	Totale	F	M
Mese	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	Accessi DEA
	53.563	7.161	26.310	27.253
Gennaio	5.223	711	2.551	2.672
Febbraio	5.138	706	2.563	2.575
Marzo	5.381	681	2.659	2.722
Aprile	5.126	710	2.521	2.605
Maggio	5.235	659	2.640	2.595
Giugno	5.449	735	2.649	2.800
Luglio	5.837	818	2.880	2.957
Agosto	5.643	733	2.748	2.895
Settembre	5.076	710	2.438	2.638
Ottobre	5.455	698	2.661	2.794

Tabella 4 Accessi al DEA al 31.10.2023 per fasce di età confrontati con 2021 e 2022

Fasce Età	2020	2021	2022	2023
Totale	43.205	46.569	53.211	53.563
0-9anni	3.984	3.684	5.333	5.998
10-19anni	2.967	3.276	4.246	4.610
20-29anni	4.778	5.047	5.843	5.650
30-39anni	5.391	6.054	6.440	6.421
40-49anni	4.917	5.143	5.375	5.351
50-59anni	5.382	6.197	6.393	6.384
60-69anni	5.021	5.517	6.134	6.081
70-79anni	5.470	5.856	6.641	6.443
80-89anni	4.371	4.763	5.522	5.441
90-99anni	916	1.023	1.268	1.164
Centenari	8	9	16	20

Continuerà il monitoraggio del tempo di attesa da parte del paziente di un posto letto in reparto dopo la decisione di ricovero (Boarding di Pronto Soccorso).

Figura 6 Rappresentazione Ricoveri primi dieci mesi 2023 per tipologia, genere e fascia di età, distribuzione nei mesi

GEN-OTT 2023			GEN-OTT 2023			GEN-OTT 2023		
Regime	F	M	Fascia età	F	M	Mese	F	M
Totale	11.777	12.057	Totale	11.777	12.057	Totale	11.777	12.057
RO	8.822	8.861	k) oltre 100	1	3	ott	1.178	1.248
DH	2.955	3.196	j) da 91 a 100	343	191	set	1.143	1.197
			i) da 81 a 90	1.628	1.698	ago	1.114	1.143
			h) da 71 a 80	2.015	3.043	lug	1.178	1.232
			g) da 61 a 70	1.679	2.326	giu	1.250	1.212
			f) da 51 a 60	1.309	1.605	mag	1.233	1.233
			e) da 41 a 50	953	770	apr	1.163	1.120
			d) da 31 a 40	1.500	500	mar	1.234	1.317
			c) da 21 a 30	1.069	438	feb	1.131	1.151
			b) da 11 a 20	285	370	gen	1.153	1.204
			a) da 0 a 10	995	1.113			

Tabella 5 Confronto prestazioni aziendali in Ricovero ordinario primi dieci mesi anni 2020-2023

Anno	RO 2020	RO 2021	RO 2022	RO GEN-OTT 2023
Dimessi	18.662	19.803	21.119	17.683
Giornate	141.869	151.353	160.948	137.769
Degenza media	7,60	7,64	7,62	7,79
Ricoveri < 2gg	1.491	1.616	1.645	1.141
Deceduti	946	866	847	631
Ricoveri Ripetuti	542	592	631	549
Ricoveri Ripetuti %	2,90%	2,99%	2,99%	3,10%
Peso DRG	34.937,18	37.748,35	39.642,20	33.054,10
Peso DRG per dimesso	1,87	1,91	1,88	1,87
Prevalenza casi MEDICI	12.125	12.205	12.764	10.879
Prevalenza casi MEDICI %	64,97%	61,63%	60,44%	61,52%
Prevalenza casi CHIR.	6.537	7.598	8.355	6.804
Prevalenza casi CHIR. %	35,03%	38,37%	39,56%	38,48%

Tabella 6 Confronto prestazioni aziendali in Day Hospital primi dieci mesi anni 2020-2023

Anno	DH 2020	DH 2021	DH 2022	DH GEN-OTT 2023
Dimessi	5.475	6.594	7.483	6.151
Accessi	8.989	10.242	11.248	8.569
Accessi medi	1,64	1,55	1,50	1,39
Prevalenza accessi Diagn.	378	428	501	386
Prevalenza accessi Diagn. %	6,90%	6,49%	6,70%	6,28%
Prevalenza casi MEDICI	2.138	2.660	2.748	1.995
Prevalenza casi MEDICI %	39,05%	40,34%	36,72%	32,43%
Prevalenza casi CHIR.	3.337	3.934	4.735	4.156
Prevalenza casi CHIR. %	60,95%	59,66%	63,28%	67,57%
Ricoverati	5.475	6.594	7.483	6.151
Casi proprio bacino	3.749	4.380	5.034	4.327
Indice di attrazione	31,53%	33,58%	32,73%	29,65%
Decessi	0	0	0	0
Peso DRG	6.227,37	7.427,24	8.072,41	6.380,06
Peso DRG per dimesso	1,14	1,13	1,08	1,04

È prevista l'implementazione dell'attività di chirurgia ambulatoriale complessa ed un aumento dell'appropriatezza del regime di erogazione rispetto alle prestazioni in *day surgery*.

Nuovi indirizzi saranno individuati con l'arrivo dei nuovi responsabili di Chirurgia Toracica, Endocrinologia e Senologia.

Figura 7 Nuovi nati nei primi 10 mesi 2023 analizzati per genere e cittadinanza alla nascita

SESSO	Totale	Totale	F	F	M	M
Regime	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI
NUOVI NAT	1.411	144	677	76	734	68

Dai dati normalmente presenti in rassegna stampa circa gli ultimi ed i primi nati dell'anno emerge come l'AO sia il secondo punto nascita regionale e tra i pochi in provincia a mantenere un indice di incremento positivo.

Tabella 7 Accessi ambulatoriali primi 10 mesi 2023

Tipo	Quantità
Totale	1.550.725
1. PRIMA VISITA	77.889
1.. PRIMA VISITA CAS	3.032
2. VISITA DI CONTROLLO	80.521
3. ALTRE PRESTAZIONI	1.389.283

Ad aprile è atteso l'aggiornamento del catalogo regionale "Nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", che si tradurrà in un considerevole lavoro per gli operatori di back office che si occupano nei diversi settori delle prestazioni ambulatoriali per aggiornare i dati con inserimento di nuovi codici o di conferma, variazione o eliminazione di quelli presenti nei vari applicativi e adeguamento delle tariffe legate al valore delle prestazioni e, per l'utenza, in una revisione verso l'alto dei ticket da pagare.

In riferimento all'attività ambulatoriale verranno ulteriormente implementate le televisite (Cardiologia, Diabetologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Reumatologia, Terapia del dolore).

Tutti i dati connessi al PNE sono pubblicati nella specifica area AT del portale aziendale³⁵.

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 materasserie, 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 Trasparente^[1].

³⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/monitoraggio-indicatori-piano-nazionale-esiti-pne/#c8342>

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 stakeholder³⁶, 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 punto di riferimento (HUB) provinciale e sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (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 Servizi³⁷: 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)³⁸, 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 stakeholder 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 stakeholder e dei cittadini in generale³⁹.

L'Azienda analizza periodicamente le pubblicazioni di riferimento (Indicatori BES⁴⁰ e avanzamento iniziative per il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Agenda 2030⁴¹), soffermandosi sui dati territoriali più prossimi, 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.

³⁶ Moore, 1995; Rebor, 1999: p. 47; Deidda Gagliardo, 2002: p. 14; Borgonovi e Mussari, 2011

³⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico/carta-dei-servizi/>

³⁸ Deidda Gagliardo Il valore pubblico. La nuova frontiera delle performance, 2015 e attualizzazione 16.06.2022 ForumPA Performance e Piao per creare valore pubblico

³⁹ Deidda Gagliardo, Il VP, la nuova frontiera della performance (RIREA, Roma).2015c: IX-XX.

⁴⁰ [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)

⁴¹ <https://www.agenziacoazione.gov.it/comunicazione/agenda-2030-per-lo-sviluppo-sostenibile/>

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 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (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 Piano Nazionale Esiti (PNE), all'andamento costi produzione). 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^{42 43}.

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, fundamentalmente l'Azienda è impiegata durante l'arco temporale di riferimento 2023-2025 nelle seguenti azioni (Tabella 8).

Tabella 8 Azioni in cui è impegnata l'Azienda nel 2023-2025

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
Semplificazione e reingegnerizzazione e delle procedure	Eliminare gli adempimenti e le autorizzazioni ridondanti	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con referti ambulatoriali a firma digitale con valore legale)	SID	2024
	Reingegnerizzazione dei processi	Seconda fase nuovo gestore documentale: reingegnerizzazione dei processi, valutazione delle criticità e superamento delle stesse; miglioramento dei processi	SID PAAT Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione	2024

⁴² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

⁴³ <https://piao.dfp.gov.it/>

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Aggiornamento tabelle procedimenti strutture in Amministrazione Trasparente	Singole strutture tecnico amministrative come da Elenco pubblicazioni (al netto di diverse indicazioni ANAC)	2024-2025
	“	Pubblicazione mensile dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali sul portale aziendale: AT e link veloci	CdG	Ogni mese
	“	Aggiornamento <i>boarding</i> Pronto Soccorso (PS)	CdG FQA	Ogni mese
	“	Monitoraggio tempi di risposta accessi Alimentazione registro accessi secondo nuovo applicativo Prisma	RPCT Protocollatori	Semestrale
Digitalizzazione	Operativizzazione del principio “ <i>once only</i> ”	Sostituzione vecchi canali di alimentazione FSE (invio del referto) con nuovi che prevedono l’archiviazione del referto solo presso il <i>repository</i> aziendale e la richiesta di consultazione da parte del sistema FSE	RTD	2024
	Anagrafica degli utenti	Sostituzione software anagrafica centrale aziendale dei contatti e riesame delle integrazioni in formati standard HL7	SID	2024
	Anagrafica dei dipendenti	Miglioramento dell’integrazione tra le anagrafiche del Personale e gli applicativi AO (es protocollo)	SID	2024
	Interoperabilità interne ad AO	Implementazione interna del FSE con tutti i metadati aggiuntivi inseriti nei referti e possibilità di accesso ai FSE di altre regioni	SID	2024
	Interoperabilità tra PA	Segnalazioni di necessità di presa in carico da parte dei Servizi Socio Assistenziali tramite CADMO	Servizio Sociale/DSP	2024-2025
	Digitalizzazione	Creazione della cartella clinica ambulatoriale e di ricovero (2023-2025)	SID (gestione Azienda Zero)	Dal 2023 (finanziamenti PNRR)-2025
	“	Implementazione firma grafometrica per i i pazienti	SID (gestione Azienda Zero)	2024 -2025 (finanziamenti PNRR)
	“	Costruzione pannello regionale per la raccolta, elaborazione, pubblicazione in tempo reale dei tempi di attesa ai PS (indice affollamento DEA) per consentire all’utente di valutare la disponibilità di accesso nei PS regionali	SID (gestione Azienda Zero)	2024 -2025 (finanziamenti PNRR)
	“	Coordinamento immagini radiologiche per gestione <i>Stroke</i>	SID (gestione Azienda Zero)	2024 -2025 (finanziamenti PNRR)
	Servizi Wi-Fi	Sostituzione completa dell’impianto tecnologico della rete Wi-Fi per adeguamento ai nuovi standard e aumento delle prestazioni e dell’area di copertura	SID	2024-2025

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
	Modulistica unica e standardizzata	Riesame Procedura gestione accessi in relazione alla maggior informatizzazione garantita dal gestore documentale	FPCT	2024
Attuazione obiettivi previsti dal Piano Triennale per l'Informatica nella PA	Digital & mobile first:	Accesso all'applicativo di Televisita anche con SPID	RTD	2024
	<i>Cloud first:</i>	Migrazione del sito internet sul <i>cloud</i> Nivola del CSI	RTD	2024
		Valutazione delle proposte progettuali presentate da fornitori dei software di Laboratorio (indagine di mercato) per la fornitura di un applicativo gestionale del Laboratorio Analisi provinciale LUV interaziendale in <i>cloud</i> , previo cfr con più soluzioni (Nivola, PSN o altri software commerciali certificati AGID)	RTD	2024
		Utilizzo della piattaforma <i>OpenBlow</i> per la gestione delle segnalazioni di illecito tramite istituto del <i>whistleblowing</i>	RPCT SID	2024
		Inserimento nelle nuove procedure di fornitura di servizi telematici delle offerte comprensive di migrazione al <i>cloud</i>	SID	2024
		Diffusione del Manuale di gestione e conservazione con verifica applicazione di quanto previsto da gestore documentale	Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione	2024
		Attuazione della fascicolazione con nuovo gestore documentale	Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione	2024
Digitalizzazione	Eliminazione cartacei	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 software amministrativo contabile unico per la sanità (AMCO) che avrà la finalità, a regime, di rendere omogenei i rilevamenti contabili di tutte le Aziende Sanitarie regionali, che attualmente sono gestiti da diversi software	Bilancio e Contabilità	2024-2025
	Firma digitale	Graduale attivazione di firma digitale da remoto per tutti i medici dell'Azienda, i responsabili Estensione ai maggiori applicativi di refertazione ambulatoriale	SID PAAT	2024
	Sicurezza e privacy by design	Formazione su protezione dati e <i>cybersicurezza</i>	RTD DPO FVO	2024-2025

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
	Dati pubblici	Implementazione banche dati previste come da indicazioni esterne, in modo particolare il relazione al nuovo Codice dei Contratti	RTD Tutte strutture interessate	2023-2024
	Codice aperto	Richiesta di soluzioni informatiche che si basino su software Open source (es. <i>whistleblowing</i> , Televisita)	SID	2023-2024
	Raccolta dati e informazioni sugli eventi sentinella, fattori di contesto e di contenuto, utilizzabili per la valutazione dello stress lavoro-correlato e per l'identificazione di priorità a livello aziendale	Creazione di un data base ad hoc Verifica efficacia e efficienza Simulazioni di valutazioni di priorità intervento Applicazione	SCI Medicina del Lavoro	2024
Accessibilità	Rimozione degli errori dai siti web istituzionali; testo di usabilità; affiancamento dipendenti in situazione di fragilità	Dichiarazione di accessibilità Obiettivi di accessibilità Coordinamento personale dipendente con disabilità; valutazione di accomodamenti ragionevoli; revisione delle modalità di reclutamento, selezione e inserimento	RTD Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità	Entro 23.09 Entro 31.03 2024

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'ASLCN1⁴⁴ ⁴⁵e all'interno dell'Area Omogenea Piemonte Sud Ovest ⁴⁶ ⁴⁷.

L'ASL CN1 si avvale della Conferenza dei Sindaci⁴⁸ 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 Cronicità⁴⁹ ⁵⁰ e del Piano Locale di Prevenzione⁵¹.

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, come mostra la vivacità del dibattito attorno al nuovo ospedale.

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 Fondazione per l'Ospedale di Cuneo, con la 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 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*.

⁴⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/>

⁴⁵ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

⁴⁶ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

⁴⁷ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente>

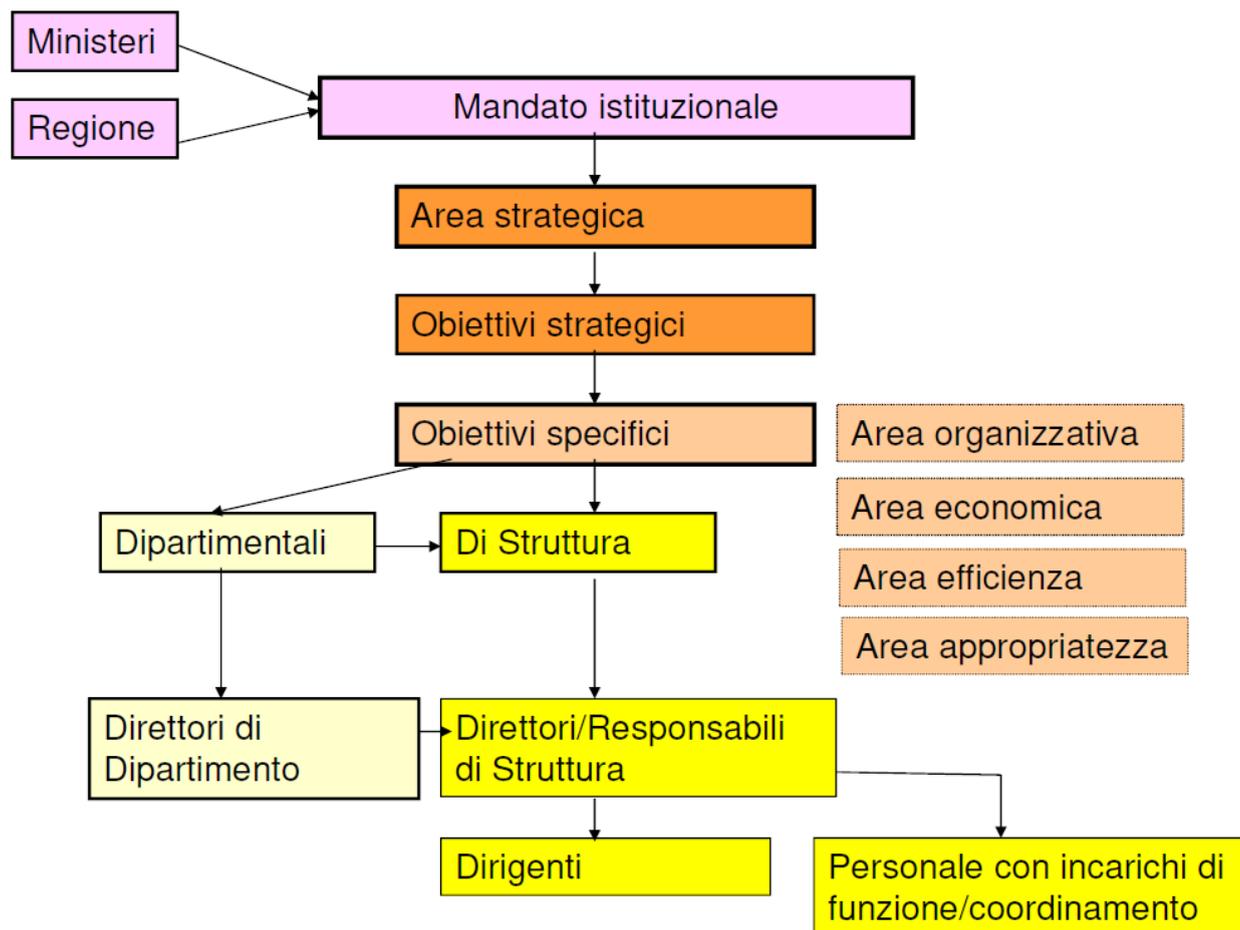
⁴⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

⁴⁹ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

⁵⁰ file:///C:/Users/somale_n/Downloads/Allegato_3b_Del_520-2018_del_27_12_2018_Piano_Cronicita.pdf

⁵¹ <https://www2.aslcn1.it/nc/prevenzione/piano-locale-della-prevenzione/>

Figura 8 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 – 3295⁵². 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.

La premessa della valutazione, oltre all'atteso pareggio di bilancio⁵³, come stabilito dall'art.1, comma 865 della legge n. 145/2018 (legge di bilancio 2019) che ha disposto che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, è dunque costituita dall'evidenza, pubblicata nella specifica area dei portali aziendali in Amministrazione Trasparente.

Al momento della redazione del presente documento la Regione non ha assegnato obiettivi per il 2024; gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'annualità 2023⁵⁴ sono stati trasmessi ai Direttori Generali in data 3 agosto 2023.

Come previsto dall'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 171/2016 s.m.i. la Regione definisce ed assegna, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi utili alla valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali.

⁵² <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

⁵³ ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (in attuazione anche dei principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella Legge n. 243/2012).

⁵⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

In conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, del D.P.C.M. n. 502/1995, come modificato dal D.P.C.M. n. 319/2001, il trattamento economico attribuito al direttore generale può essere integrato da una quota, fino al venti per cento dello stesso, previa valutazione dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati annualmente dalla Regione.

I contratti stipulati con i Direttori Generali delle aziende sanitarie prevedono anch'essi che annualmente vengano stabiliti degli obiettivi aziendali di interesse regionale, il cui raggiungimento, accertato dalla Regione anche mediante appositi indicatori, determini la corresponsione, a titolo integrativo, di un compenso aggiuntivo, nella misura massima del venti per cento del trattamento economico annuo del Direttore Generale.

Obiettivo di mandato n. 1 – Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda.

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.

Tra gli obiettivi assegnati nel 2023 al Direttore Generale figurava la nomina e l'attivazione dell'*energy manager*⁵⁵ aziendale. La dirigente nominata ha provveduto a pianificare, attuare e acquisire il format regionale per rendicontare le azioni volte al risparmio energetico, con il supporto della Struttura Bilancio e Contabilità, secondo le scadenze previste. Verosimilmente tale attività continuerà nel 2024.

Obiettivo di mandato n. 2 – Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri e interventi chirurgici nel rispetto del PNGLA e nella normativa regionale.

Il governo dei tempi di attesa è uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (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 e l'impatto della pandemia da CoViD-19 è difficile da riassorbire anche per le Aziende considerate punto di riferimento e di eccellenza dagli utenti.

Questo obiettivo è di grande interesse per tutti gli stakeholder, è direttamente connesso all'accessibilità, viene costantemente assegnato ai Direttori Generali 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, regionale e aziendali e l'avanzamento viene costantemente monitorato e rendicontato a vari richiedenti. Le maggiori evidenze sono oggetto di pubblicazione sul portale aziendale⁵⁶.

La Regione Piemonte con la DGR n.2-1980 del 23.09.2021 "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. Il succitato Piano Regionale viene periodicamente aggiornato e, di conseguenza, l'A.O. S. Croce e Carle rielabora 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.

⁵⁵ Deliberazione del Commissario n. 407 del 08.09.2023

⁵⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa/>

Nello specifico delle attività di screening previste dal Programma 4⁵⁷, 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.

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)⁵⁸. I dati degli indicatori prescelti sono pubblicati nell’apposita area di Amministrazione Trasparente⁵⁹, 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, anche tramite specifico corso di formazione, va nella direzione di aumentare l’autonomia e la consapevolezza dei ruoli manageriali, nella partecipazione attiva ed informata alle 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 2024 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 viene costantemente alimentata la piattaforma regionale relativa al flusso dati della farmaceutica e assegnati internamente obiettivi che consentano di monitorare la spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 rilevata dal File F.

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 medici⁶⁰.

Continuerà l’attività di miglioramento dell’affidabilità dei dati rilevati dai flussi informativi dei dispositivi medici sia per la gestione dei contratti sia per la gestione economica.

Proseguirà l’implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PSDTA), nello specifico per la gestione della malattia di Parkinson e della Sclerosi multipla e l’attuazione di quelli connessi alla Malattia renale cronica, allo Scopenso cardiaco, alla BPCO nell’ottica di una sempre maggior integrazione nella presa in carico ospedale-territorio e audit periodici.

⁵⁷ 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”

⁵⁸ <http://95.110.213.190/PNEed15/>

⁵⁹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/monitoraggio_indicatori_piano_nazionale_esiti_pne/

⁶⁰ Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale”

È entrato a regime 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.

Continuano le azioni demandate alle singole aziende, su indicazione regionale, per rendere sempre più completi i Fascicoli e renderli visualizzabili anche tra le diverse regioni, nonché lo sviluppo delle funzionalità connesse a SPID e CIE sia per gli operatori che per i cittadini.

Alcuni obiettivi di mandato al momento possono considerarsi limitati all'esistenza dei documenti nell'ultima versione formalizzata, pronti ad attivare i processi descritti in caso di necessità.

Tra questi figurano l'obiettivo di mandato n.3. Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale⁶¹ e l'obiettivo di mandato n.6. Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016.

Gli sviluppi della Trasparenza sono descritti nel paragrafo 2.3 della sottosezione "Anticorruzione e Trasparenza", al netto delle indicazioni attese da ANAC a partire dall'Elenco obblighi di pubblicazione.

Le linee di indirizzo formalizzate dalla Direzione a inizio del processo di *budget* sono allegate al presente documento e possono essere così sintetizzate:

1. Equilibrio economico-finanziario dell'Azienda (rispetto del rapporto produzione/costi e del *budget* assegnato alle Strutture).
2. Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e interventi chirurgici secondo quanto indicato nel PNGLA e nella normativa regionale.
3. Performance di gestione del posto letto secondo i parametri nazionali, regionali e le indicazioni aziendali (appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso, riduzione del *boarding*, Nomogramma di Barber: degenza media, intervallo di turn-over, indice di rotazione per posto letto, tasso di occupazione).
4. Governo della spesa farmaceutica dei medicinali ad alto costo (antibiotici, antimicotici, emoderivati, ecc.) e dei farmaci distribuiti ai pazienti cronici e appartenenti a percorsi di presa in carico aziendali:
 - a. appropriatezza prescrittiva intesa come aderenza alla terapia finalizzata all'efficacia, alla sicurezza ed alla sostenibilità;
 - b. rispetto del tetto di spesa assegnato secondo indicazioni regionali ed aziendali.
5. Qualità dell'assistenza:
 - a. indicatori PNE (miglioramento dei risultati relativi agli indicatori di qualità rappresentati nella *Treemap* 2022);
 - b. programma di screening oncologico regionale (rispetto della copertura da inviti e da esami per la popolazione target di riferimento);
 - c. donazioni d'organo: segnalazione dei soggetti in morte encefalica (BDI%), non opposizioni alla donazione d'organi, donatori di cornee;
 - d. prevenzione Rischio Clinico e Rischio Infettivo.

6. Aderenza agli obiettivi del PNRR:
 - a. implementazione del Piano Locale Cronicità in collaborazione con l'ASL CN1 in riferimento all'applicazione dei PSDTA regionali (Scompenso cardiaco, BPCO, Malattia Renale Cronica, Sclerosi Multipla, Malattia di Parkinson) ed alla condivisione con i MMG e gli Specialisti ambulatoriali (medicina convenzionata);
 - b. installazione grandi apparecchiature nel rispetto del cronoprogramma aziendale (deliberazione del Commissario N. 441 / 2023 del 29/09/2023);
 - c. sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line;
 - d. implementazione della Telemedicina, con estensione della stessa a ulteriori specialità, secondo le due macrocategorie della Telemedicina specialistica, comprendente le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una disciplina medica; la modalità prevalente di realizzazione è quella della televisita e della telesalute, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologie ad andamento cronico attraverso la modalità di telemonitoraggio e *counselling*.
7. Qualità e tempestività dei processi di acquisizione di beni, servizi e attrezzature.
8. Trasparenza: costante adeguamento agli adempimenti previsti e implementazione della comunicazione aziendale con i portatori di interesse. Revisione generale dei regolamenti dell'Azienda.
9. Anticorruzione: gestione del rischio in un'ottica sistemica di integrazione con la valutazione dei rischi aziendali come previsto dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione.
10. Qualità dei flussi informativi (rispetto delle scadenze di chiusura delle SDO, rispetto delle tempistiche del flusso del File F secondo il documento "File F istruzioni", liquidazione e pagamento delle fatture).
11. Miglioramento della qualità dei flussi informativi dei dispositivi medici secondo le indicazioni ministeriali e regionali, intesi come rapporto tra spesa e consumi (quantità contrattualizzata, acquistata e utilizzata).
12. Mappatura dei procedimenti e dei processi in ambito amministrativo.
13. Gestione delle risorse umane:
 - a. Indicatori di produttività (produzione per ore lavorate; produzione per medico infermiere);
 - b. Indicatori relativi ai comportamenti (tasso di turnover, tasso di *dimissioni*, tasso di infortuni, di malattia, di assenze)

Sono esclusi dal PIAO⁶² 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.

Considerata la necessità di assegnare la disponibilità economica per il proseguimento delle attività dell'Azienda nell'anno 2024, in assenza di un Bilancio Preventivo, come previsto dall'art. 7 del Regolamento per le spese in cassa economale dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle che dispone che "all'inizio di ogni anno il Responsabile del Servizio Economico Finanziario emetterà disposizioni di pagamento nelle misure indicate a titolo di anticipazione a favore del Responsabile della Cassa Economale", è stato deliberato⁶³ di disporre il versamento di €5.000,00 a favore dell'Economo e il versamento di € 1.000,00 a favore del conto corrente afferente alla carta prepagata.

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'allocatione 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;

⁶² art. 2, comma 2 decreto DPR n. 132 del 30.06.2022

⁶³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

- e. utilizzo dei sistemi premianti;
- f. valutazione da parte dell'OIV e rendicontazione dei risultati alla Direzione;
- g. comunicazione degli esiti agli *stakeholder*.

In attesa di più puntuali indicazioni da parte della Regione Piemonte circa l'adozione del Bilancio di Previsione 2024, le scadenze al momento previste per la redazione dei documenti di Bilancio sono: Bilancio consuntivo 2024: 30/04/2024; Bilanci trimestrali 2024 scadenze: 30/04/2024 - 31/07/2024 - 31/10/2024 - 31/01/2025.

Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità/Centri di Costo e sono pubblicati in allegato "work in progress" al PIAO⁶⁴.

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 e di Dipartimento entro il 12 gennaio 2024, caricate direttamente sulla piattaforma aziendale, poste le linee di indirizzo strategico per le diverse aree programmatiche 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.

Le proposte raccolte verranno analizzate dal Comitato *Budget* aziendale a partire dal 16 gennaio 2024, integrate con gli indirizzi dati dalla Direzione, inserite nelle schede che verranno poi discusse negli specifici incontri coordinati dal Controllo di Gestione.

I criteri guida per l'esercizio del 2024, analogamente a quelli dell'anno precedente, 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.

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. Le variazioni significative vengono formalizzate e registrate.

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.

⁶⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

Il Comitato *Budget* è composto da:

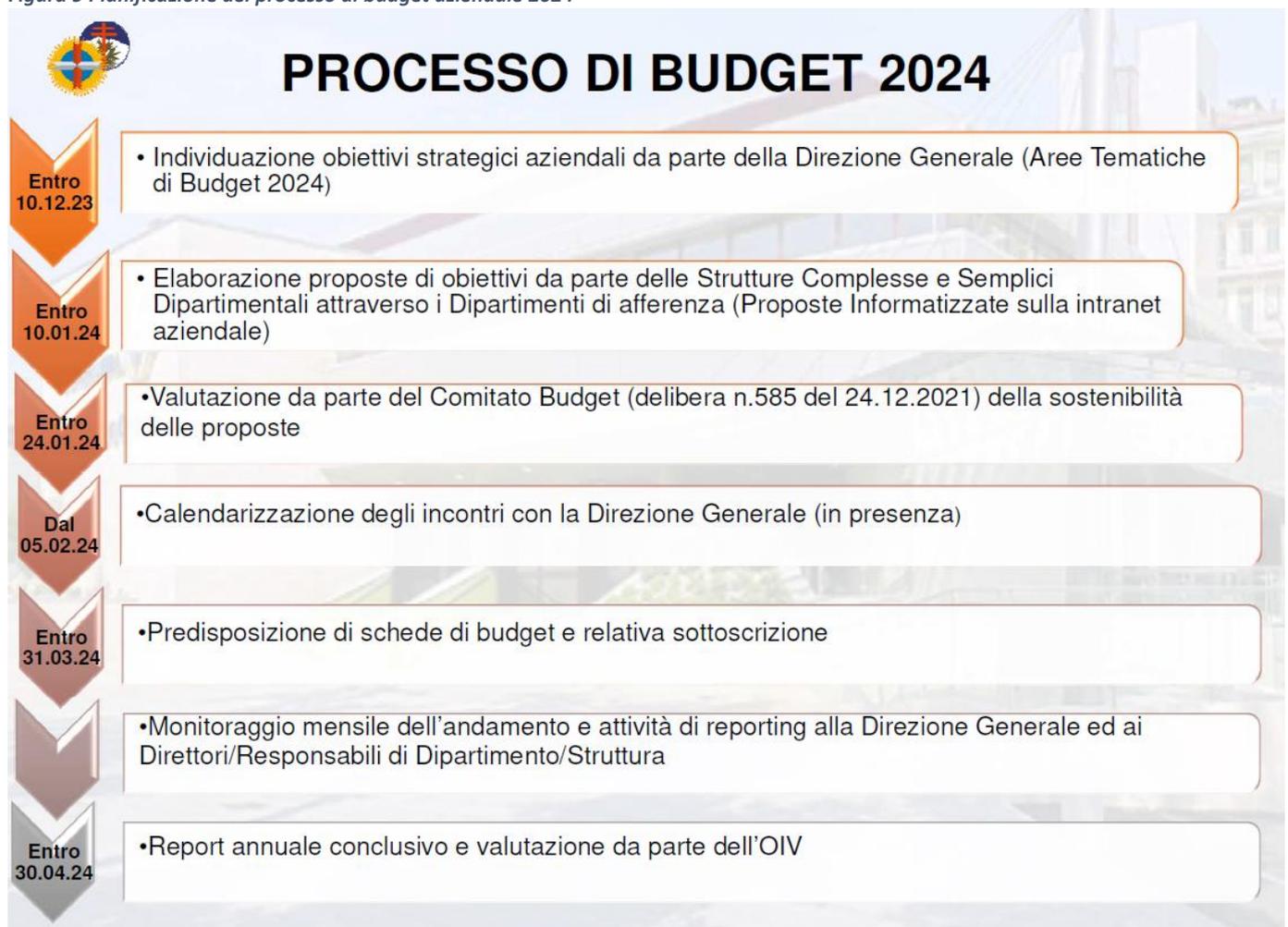
- Responsabile Struttura Controllo di Gestione, con funzioni di Coordinatore;
- Direttore Sanitario di Presidio;
- Responsabile Struttura Di.P.Sa.;
- Responsabile Struttura Amministrazione del Personale;
- Responsabile Struttura Bilancio e Contabilità;
- Direttore Struttura Tecnico;
- Direttore Struttura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

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

I Responsabili delle Strutture Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria di Presidio, Di.P.Sa., Farmacia Ospedaliera, Acquisti Beni e Servizi, SID e 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:

Figura 9 Pianificazione del processo di budget aziendale 2024



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 stakeholder 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 Struttura 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).

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 (vedi allegato relativo alla modulistica).

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

Fase di definizione

A partire dal 6 febbraio 2024, il Comitato *budget* incontrerà i Dipartimenti per discutere le proposte, valuterà la realizzabilità delle proposte di tutte le strutture e definirà 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 Struttura 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 équipe.

Fase di attuazione

Su mandato della Direzione i Responsabili delle Strutture Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria di Presidio, Di.P.Sa., Amministrazione del Personale, Farmacia Ospedaliera, Acquisti Beni e Servizi e DAPO, 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 Struttura Controllo di Gestione, in collaborazione con la Struttura Sistema informativo Direzionale, aggiorna i cruscotti direzionali per il monitoraggio della performance.

Dal 1° marzo 2024 sarà interamente ricomposto l'OIV⁶⁵ con la nomina dei nuovi componenti.

Fase di valutazione

La Struttura 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'OIV e fornisce il necessario supporto nell'attività amministrativa.

L'OIV 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 efficace ed efficiente.

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.

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 degli 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 2024 resta la medesima dell'anno precedente, approvata nella seduta OIV del 15 novembre 2018, salvo diverse scelte che potranno essere effettuare dal nuovo organo collegiale.

⁶⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/oiv/>

Tabella 9 Schema per valutazione obiettivi

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 Struttura 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 Struttura 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 della realizzazione 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.

Continuerà anche per il 2024 la manutenzione dei Centri di Costo e il coinvolgimento dei Direttori e Responsabili di struttura.

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.

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.

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 PSDTA e la valutazione dell'applicazione dei percorsi aziendali ed interaziendali, attraverso il monitoraggio di indicatori mediante la conduzione di audit clinico organizzativi.

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.

In modo particolare, oltre alla manutenzione dell'accREDITamento JACIE⁶⁶, si prevede il rinnovo dell'accREDITamento FCSA⁶⁷ per il Centro Trombosi, EFI⁶⁸ all'interno del processo di gestione dei trapianti e *Kedrion* e supporto nella preparazione alla visita di accREDITamento SIED⁶⁹ all'interno dell'attività endoscopica. La novità più rilevante riguarderà la proposta di accREDITamento per l'Unità Clinica Studi in fase 1 prevista per la fine dell'anno.

Proseguirà l'elaborazione di reportistica secondo le scadenze definite dalla Rete Oncologica con il supporto dei Coordinatori GIC, dei referenti CAS e del coordinatore organizzativo GIC.

Nell'ambito del monitoraggio della corretta applicazione della pratica trasfusionale, si prevede di effettuare 10 audit interni Audit presso i reparti per la verifica delle conoscenze del personale addetto alla trasfusione e inserimento del nuovo applicativo gestionale informatico del trasfusionale "Eliot reparti".

Il dettaglio delle attività sarà descritto nel Piano Qualità 2024.

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 l'organizzazione della sicurezza sul lavoro con l'indicazione delle principali figure e relativi compiti, sono inoltre contenuti documenti di sintesi delle attività e della valutazione dei rischi oltreché riferimenti relativi a infortuni, rischi interferenti e inserimento di personale nelle strutture aziendali e contenuti tutti i documenti principali analogamente a quanto avviene per il Rischio Clinico e per il Comitato Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali⁷⁰.

L'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, presenta caratteristiche peculiari in quanto esercita sia attività di ricovero di base (area medica e chirurgica), che attività di alta specializzazione.

Circa il 50% dei ricoveri complessivi, ma oltre il 90% dei ricoveri in area medica, sono ricoveri in urgenza, provenienti dal Pronto Soccorso, in quanto l'Azienda Ospedaliera rappresenta l'unico ospedale di riferimento per un territorio assai ampio; a questa attività di base, si affianca una cospicua attività di alta specializzazione, con elevato rischio di ICPA. Le aree a maggior rischio possono essere correlate alla tipologia dell'area di degenza (terapie intensive, compresa la terapia intensiva neonatale), alle caratteristiche dei pazienti ad esse afferenti (oncologia, ematologia) o alla specificità delle prestazioni erogate (aree chirurgiche ad alta specializzazione quali l'area cardio-toraco-vascolare, emodialisi). Il programma di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali per l'anno 2024 opererà in continuità con quanto impostato negli anni precedenti e proporrà alcune attività peculiari legate a questa specificità.

Il programma di attività sarà costituito, come parte integrante, dagli indicatori pervenuti da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte in data 14 giugno 2023, Protocollo n. 00036318/2023/A1413C ed ulteriori indicazioni che dovessero pervenire nel 2024.

È inoltre presente, sul sito web dell'Azienda, una sezione dedicata al Documento Sicurezza (art. 26 D.lgs. 81/08 e s.m.i.) rivolto a Ditte, Enti, Associazioni, Lavoratori Autonomi, Professionisti, Consulenti e Persone che a qualsiasi titolo operano presso A.O.

⁶⁶ <https://www.ebmt.org/jacie-accréditation>

⁶⁷ <https://www.fcsa.it/fcsa.html>

⁶⁸ <https://efi-web.org/accréditation>

⁶⁹ <https://www.sied.it/clients/www.sied.it/public/files/ManualeDiAccréditamento.pdf>

⁷⁰ <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/home.asp>

È deliberato specifico gruppo aziendale che si occupa della sicurezza degli Operatori con relativo Coordinatore⁷¹.

Prosegue con le scadenze previste il monitoraggio dello stato dei diversi Piani di emergenza predisposti.

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.

Il modello di gestione del rischio clinico rimarrà immutato; in particolare proseguiranno gli audit e le mappature dei rischi mediante metodi proattivi (in programma verrà riproposta una versione semplificata del percorso per la riduzione dei rischi in oncematologia mediante il programma PRORA). Proseguiranno inoltre le verifiche sul campo di farmaci e prodotti sanitari in collaborazione con la Farmacia e la Direzione Sanitaria di Presidio. Sempre per il 2024 è prevista la verifica della corretta applicazione della PG 065 "Gestione della contenzione meccanica" dalla prescrizione al monitoraggio, mediante la rivalutazione sistematica delle cartelle cliniche, così come verrà valutata la corretta compilazione delle cartelle ambulatoriali integrate per la Chirurgia Ambulatoriale Complessa, così come previsto dalla PG 069. Non è possibile al momento elencare con precisione ulteriori progetti in quanto la Regione non ha ancora dato indicazioni in merito alla programmazione dell'attività del rischio clinico. Si procederà ad una valutazione di fattibilità con il SID circa l'informatizzazione del sistema di segnalazione di *Incident Reporting*.

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.

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. A fine 2023 è stato organizzato un corso rivolto a tutti i direttori e responsabili di struttura complessa e semplice per riflettere sul rafforzamento delle competenze manageriali.

L'analisi e il monitoraggio degli eventi avversi, dei *near miss*, delle disfunzioni organizzative spesso alla base di errori di sistema, l'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, proseguirà l'organizzazione interna di corsi di formazione indirizzati al personale dipendente e saranno implementate le procedure ed il monitoraggio dei dati di sorveglianza sanitaria.

⁷¹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/organizzazione/

Insieme alla ripresa dei lavori connessi al riesame dei dati emersi dall'analisi del rischio stress lavoro correlato, sono stati organizzati nel 2023 percorsi formativi di *embodiment* e di *mindfulness*, entrambi finalizzati al miglioramento della performance e del clima lavorativo. Tali progetti saranno proposti anche per il 2024. Proseguirà 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.

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);
- 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;
- 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 sovra aziendale 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 Trasparente⁷², così come il programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali⁷³.

Per quanto riguarda la situazione del parco tecnologico, per l'anno 2024 permarrà l'affidamento al global service della ditta incaricata per la manutenzione delle basse e medie tecnologie (proroga decisa dalla Società di Committenza Piemonte), prevedendo di mantenere un discreto livello nella manutenzione delle stesse.

Nel 2024 si conta di dare maggior diffusione all'impiego da parte degli utilizzatori del software *InfoHealth*, non solo per il tradizionale ruolo di *emissione* delle richieste di intervento, ma soprattutto per visualizzare l'anagrafica e lo stato di manutenzione delle apparecchiature di competenza oltre che visionare i manuali d'uso, soprattutto in quelle strutture sottoposte ad audit, certificazioni o implicate nelle sperimentazioni e nelle ricerche cliniche. A tale scopo si intende offrire alle figure aziendali che seguono sperimentazioni, ricerche, rapporti con comitati etici, degli accessi particolari all'applicativo ed una formazione specifica per il suo utilizzo.

Si intende concludere tutte le installazioni relative ad apparecchiature attribuite per il PNRR e non ancora installate nel 2023, tra cui: due polifunzionali radiologici digitali; un polifunzionale radiologici digitale per pronto soccorso; due CT-SPECT; due tomografi computerizzati 128 banchi; un tomografo a risonanza magnetica con induzione del campo statico da 1,5 Tesla; un acceleratore lineare; un ortopantomografo digitale.

Nel 2024 si conta di svolgere, previa autorizzazione delle funzioni aziendali preposte e del Comitato etico di riferimento, alcune sperimentazioni cliniche che prevedono l'uso di strumenti di intelligenza artificiale (diagnosi di malattie neurodegenerative come Parkinson ed Alzheimer, mediante analisi automatica dei disegni prodotti dei pazienti «modelli e codice già predisposti», previsione dell'evoluzione delle patologie dei pazienti accedenti a pronto soccorso sulla base dei parametri di *triage*).

Nell'anno 2024, per la Struttura Complessa Tecnico rimane prioritaria l'attuazione del "principio di risultato" dell'affidamento del contratto e della sua esecuzione con la massima tempestività e il migliore rapporto possibile tra qualità e prezzo, nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e concorrenza.

⁷² http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/bandi_di_gara_e_contratti/

⁷³ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/opere_publiche/

Conseguentemente verranno monitorati i termini massimi di conclusione delle gare di cui all'art. 17 e allegato I.3 del Codice, nonché quelli dell'esecuzione degli appalti.

Si ricorda che, a decorrere dal 1° gennaio 2024, acquistano efficacia generale, tra le altre, le disposizioni dei seguenti articoli del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 (Codice dei contratti pubblici):

- Articolo 21 - Ciclo di vita digitale dei contratti pubblici
- Articolo 22 - Ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale (*e-procurement*)
- Articolo 23 - Banca dati nazionale dei contratti pubblici
- Articolo 24 - Fascicolo virtuale dell'operatore economico
- Articolo 25 - Piattaforme di approvvigionamento digitale
- Articolo 27 - Pubblicità legale degli atti
- Articolo 28 - Trasparenza dei contratti pubblici
- Articolo 29 - Regole applicabili alle comunicazioni
- Articolo 30 - Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici
- Articolo 35 - Accesso agli atti e riservatezza
- Articolo 36 - Norme procedurali e processuali in tema di accesso
- Articolo 37, comma 4 - Programma triennale lavori, servizi ed aggiornamento annuale, pubblicati su sito istituzionale e banca dati nazionale
- Articoli 81, 83, 84 e 85 - Avvisi di pre-informazione, bandi e avvisi: contenuti e modalità di redazione.

Al riguardo si rileva che la piattaforma Acquisti in rete PA di Consip S.p.a. ha comunicato che con il nuovo anno integrerà molte novità sul Portale (nuova modalità di autenticazione, integrazione con la piattaforma Contratti Pubblici, Fascicolo di gara e Fascicolo virtuale dell'operatore economico).

La piattaforma Sintel della Regione Lombardia di cui questa struttura si avvale per gli appalti sopra soglia europea, sta provvedendo all'aggiornamento.

Conseguentemente gli operatori interessati dovranno adeguarsi ai nuovi strumenti di digitalizzazione, tramite i manuali e i corsi di aggiornamento messi a disposizione dalle piattaforme.

L'Azienda proseguirà nell'esecuzione e pianificazione di numerosi interventi di natura edile ed impiantistica 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 di seguito descritte.

Ristrutturazioni per miglioramento attività sanitaria

1. Ristrutturazione degenze e reparti sanitari

Proseguiranno i lavori di ristrutturazione, adeguamento impiantistico ed umanizzazione delle aree di degenza chirurgiche e mediche, con conseguente ricollocazione delle attività per aree omogenee e complanari, nell'ottica della suddivisione delle degenze tra i due presidi ospedalieri, secondo le indicazioni della Direzione Sanitaria. I principali obiettivi degli interventi di ristrutturazione, per l'adeguamento tecnico agli standard di accreditamento, possono in generale ricondursi a:

- adeguamento ai requisiti previsti dalle norme di prevenzione incendi (in particolare con il completamento dei depositi e della compartimentazione con i placcaggi a soffitto);
- revisione o rifacimento, laddove necessario, degli impianti elettrici anche in termini di efficientamento energetico e di aggiornamento funzionale, dei sistemi di chiamata infermieri e di distribuzione dei gas medicinali;
- climatizzazione di alcune camere di degenza;
- sostituzione dei serramenti esterni, se necessario anche ai fini del contenimento energetico, nonché alla sostituzione dei serramenti interni, qualora sia necessario per ampliare la luce netta di transito, in relazione alle dimensioni dei letti e delle barelle.

Nel 2024 sono previsti interventi per potenziare la dotazione di posti letto di Medicina nel presidio S. Croce, con l'adeguamento del reparto lasciato dall'Ostetricia, al piano 5°, blocco C lato sud.

2. Lavori connessi alla fornitura di grandi attrezzature

Con riferimento alla installazione di grandi attrezzature, per il completamento entro il 2024, sono in corso:

- i lavori relativi alla realizzazione del nuovo fabbricato, in adiacenza all'esistente reparto, per l'installazione della nuova Risonanza Magnetica 3 Tesla;
- i progetti e i lavori ancillari connessi alla installazione delle apparecchiature elettromedicali acquisite in ambito PNRR.

Lavori di manutenzione straordinaria, adeguamento e messa a norma

1. Lavori di adeguamento dei presidi ospedalieri alle norme antisismiche

È in corso la progettazione per l'adeguamento antisismico dell'Ospedale A. Carle per la porzione vincolata, blocco A, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ricadente nella *missione 6 - Salute*, M6C2I1.2.1, per un "ospedale sicuro e sostenibile. L'inizio dei lavori è previsto per l'estate 2024.

Parallelamente, continuano le attività di sondaggio e prova, sulle strutture dei presidi ospedalieri, propedeutiche per le verifiche strutturali necessarie per la redazione dell'analisi di vulnerabilità sismica dei presidi medesimi.

2. Lavori di adeguamento edilizio

Proseguono gli interventi di adeguamento strutturale ed edilizio, tra i quali si evidenzia:

- la conclusione del rifacimento del percorso tattile destinato a utenti ipovedenti o non vedenti presso l'ingresso dell'area ambulatoriale del blocco E su via Bassignano;
- gli interventi di adeguamento antincendio sul presidio S. Croce, riguardanti la sostituzione di impianti obsoleti e l'integrazione della compartimentazione REI dell'area della Terapia Intensiva di Rianimazione, richiesti mediante il sistema "Edisan", che rientrano tra quelli finanziati con fondi di cui alla Legge n. 145/2018.

3. 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 dei serramenti esterni nell'ambito di interventi di adeguamento e ristrutturazione.

Nel 2024 sono previsti i seguenti interventi in ambito di manutenzione straordinaria per l'efficientamento energetico, mediante sostituzione delle apparecchiature esistenti con le nuove tecnologie presenti sul mercato in grado di migliorare i rendimenti di funzionamento nelle varie condizioni di esercizio, per i quali stati richiesti specifici finanziamenti con i Fondi di Sviluppo e Coesione (FSC):

- sostituzione della stazione di continuità elettrica 3x300 kVA del presidio ospedaliero S. Croce;
- adeguamento degli impianti di produzione acqua refrigerata presso il presidio A. Carle;
- adeguamento degli impianti di produzione acqua refrigerata Ospedale S. Croce (Fase 2);
- revisione del sistema di produzione dell'acqua calda sanitaria presidio A. Carle.

Non è previsto il ricorso al global service.

All'inizio del 2024 sono previsti momenti significativi circa la realizzazione del nuovo ospedale, che costituirà un obiettivo importante del mandato del Direttore generale: la valutazione della Regione in merito alla dichiarazione di pubblico interesse della proposta di progettazione e realizzazione, mediante l'istituto del partenariato pubblico-privato (PPP), e il conseguente atto di copertura finanziaria sia per quanto concerne l'investimento iniziale (€ 148.800.000,00), sia relativamente al canone annuale di disponibilità (attualmente ancora in fase di definizione nell'ambito delle interlocuzioni con il proponente). Al momento, il cronoprogramma prevede la convocazione della Conferenza preliminare dei servizi, prevista per fine gennaio-inizio febbraio 2024), che fa seguito all'analisi della

proposta revisionata dalla società proponente a seguito di rilievi e chiarimenti espressi in precedenza, effettuata dall'Advisor SDA Bocconi di Milano, dal Gruppo tecnico dell'AUSL Romagna e dal Gruppo di lavoro aziendale.

Al momento, non è pertanto possibile declinare meglio la pianificazione di un progetto di ampia portata, che richiederà costanti interlocuzioni con il territorio e altri stakeholder.

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 2023 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, in modo particolare di genere, ai danni di donne e minori, con l'individuazione di percorsi specifici anche per persone transgender;
- nel Progetto Protezione Famiglie Fragili - Rete Oncologica;
- nel percorso Bollini Rosa e Bollini Azzurri | Fondazione Onda;
- nella Medicina di genere e delle differenze;
- 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/Fondazioni, 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 operative⁷⁴" sperimentazione trattamenti psico-educazionali e psicosociali demenze.

Rispetto alle azioni connesse all'impatto ambientale ed energetico, al netto di quanto normalmente previsto dalla normativa e dalle ipotesi progettuali per il nuovo ospedale, continuerà l'azione dell'*energy manager*, nominato con provvedimento n. 407 dell'08.09.2023 relativamente alla raccolta e predisposizione dei dati energetici e dei bilanci energetici con il supporto della Struttura PAAT, effettuazione di verifiche in merito alle prescrizioni per il contenimento del consumo di energia degli edifici e relativi impianti termici ed alla periodica sensibilizzazione in merito. Collabora altresì, nella Struttura Tecnico, per la corretta esecuzione degli interventi di manutenzione, adeguamento o ristrutturazione dal punto di vista della corretta gestione energetica.

Per il 2024 gli interventi previsti e utili anche ai fini dell'efficiamento energetico sono:

- lavori di sostituzione della principale stazione di continuità elettrica, formata da 3 UPS nel presidio S. Croce;
- adeguamento degli impianti di produzione acqua refrigerata presso il presidio A. Carle;
- adeguamento degli impianti di produzione acqua refrigerata Ospedale S. Croce;
- progettazione per la revisione sostanziale del sistema di produzione dell'acqua calda sanitaria presidio A. Carle;
- sostituzione nei reparti oggetto di adeguamento dei serramenti esterni (finestrature), installazione di lampade a LED, implementazione valvole termostatiche e sensori di presenza (es. Medicina, blocco C, lato sud).

Per il 2024 si propongono, infine, le seguenti azioni integrative:

1. sensibilizzazione dell'utenza, mediante la campagna di sensibilizzazione "Aiutaci a fare la differenza attraverso piccoli gesti quotidiani" per il coinvolgimento diffuso dei dipendenti e gli operatori economici impegnati in Azienda attraverso comunicazioni via email, social aziendali, eventuale cartellonistica;

⁷⁴ Nota Regionale prot. 32203 del 01/09/2022 Invio provvedimenti - Attuazione del Decreto 30 novembre 2021

2. valutare la possibilità di partecipare alla Giornata Nazionale sul risparmio energetico e degli stili di vita sostenibili "M'illumino di meno", prevista il 16 febbraio p.v.

La Direzione ritiene strategica la comunicazione interna ed esterna. Il nuovo approccio del Commissario che ha garantito da subito la sua presenza fisica anche direttamente nello studio del S. Croce, i frequenti incontri in reparto con le équipes per un confronto diretto su criticità e aspetti dell'attività che si ritiene di valorizzare (cd colazioni con il Commissario), rappresenta una svolta significativa che sottolinea la necessità di un dialogo costante e diretto con medici, infermieri e altri operatori impegnati quotidianamente nei due nosocomi dell'Azienda.

Anche rispetto ai rapporti con l'esterno, con i diversi stakeholder istituzionali, con le associazioni c'è la massima attenzione. Per quanto riguarda gli strumenti di comunicazione interna, va preso atto che la Intranet - rinnovata sia nella piattaforma di supporto per agevolare l'autonomia degli operatori, sia nella grafica - rappresenta ancora il canale più utilizzato.

Il Piano di Comunicazione verrà deliberato entro il 31 gennaio 2024.

Al momento si prevede di esternalizzare la rassegna stampa, valutata la convenienza dal punto di vista economico e del risultato sul prodotto. Continuerà la realizzazione della newsletter rispetto alla quale occorrono ancora delle valutazioni in merito all'efficacia dell'attuale format e si ipotizza di costruire un'App di servizi che possa accompagnare il sito di approfondimento. Sempre per migliorare l'immagine esterna - su esplicita richiesta della Direzione Generale - sarà allestito appena possibile un set per un book fotografico rivolto principalmente ai Direttori di Struttura complessa.

Le relazioni con la stampa sono buone, in netto miglioramento rispetto alla prima parte del 2023. L'attenzione dei cittadini al loro ospedale, come risulta dalle interazioni ai post sui social relativi alla presentazione delle attività dell'Azienda, è sempre molto alta, così come l'apprezzamento delle eccellenze sanitarie.

Nel *budget* 2024 si pensa di proporre la realizzazione, nella prima parte dell'anno, del bilancio sociale di mandato.

Per la primavera 2024 è prevista la presentazione del Bilancio sociale e di mandato riferito al triennio 2021-2023, all'interno del quale verranno evidenziati anche gli elementi di continuità e le prospettive di sviluppo aziendali.

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), recentemente riviste. Una volta approvate definitivamente le nuove schede di valutazione dei dirigenti si riesaminerà il *SiMiVap* attualmente in vigore, anche alla luce delle indicazioni recentemente emanate dal Ministro per la Pubblica Amministrazione⁷⁵ che auspica una valutazione dei dirigenti sempre più a 360 gradi, con il coinvolgimento di più attori e con meccanismi di feedback e calibrazione. Continuerà a livello aziendale il lavoro sul rafforzamento della leadership iniziato con il corso di formazione rivolto ai Direttori e Responsabili di struttura nel

⁷⁵ Da Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della *performance* individuale, Ministro della Pubblica Amministrazione, 30 novembre 2023 in <https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/dipartimento/29-11-2023/nuove-indicazioni-materia-di-misurazione-e-di-valutazione-della-performance>

2023 e attraverso i diversi *step* previsti per i professionisti del comparto con funzioni di coordinamento e incarichi connessi alla gestione dei collaboratori, nella prospettiva in cui la leadership debba essere orientata soprattutto alla motivazione del personale, per favorire il raggiungimento degli obiettivi organizzativi, nonché lo sviluppo e la crescita individuale delle persone.

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*.

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 2023-2025⁷⁶ con l'aggiornamento 2023 che si concentra esclusivamente sull'area Bandi gara e contratti.

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, 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 trasparenza⁷⁷, è richiamato dal Codice di comportamento dei dipendenti⁷⁸, ricordato nei momenti assembleari e formativi, definito nella Delibera di nomina del RPCT. In modo particolare viene evidenziata 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 rischio⁷⁹.

A fine ottobre 2023 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

⁷⁶ <https://www.anticorruzione.it/-/ecco-il-nuovo-piano-nazionale-anticorruzione-valido-per-il-prossimo-triennio>

⁷⁷ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/Rinnovo_incarico_RPCT.pdf

⁷⁸ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/disposizioni_generali/atti_generali/

⁷⁹ 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).

dei processi a rischio corruttivo. I dati sono stati conseguentemente aggiornati nel mese di novembre, sia per il monitoraggio dell'avanzamento di quanto dichiarato nella sottosezione del PIAO 2023, sia per l'analisi degli elementi di contesto esterno.

Sono stati aggiornati gli allegati relativi ai monitoraggi ed alle misure di contrasto, invitando i proponenti a ragionare sempre più in ottica sistemica.

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.

Nel corso dei momenti di informazione e formazione ai dipendenti si fa esplicito riferimento al PIAO in corso di validità⁸⁰ 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*⁸¹ l'AO S. Croce e Carle di Cuneo non è semplice, soprattutto reperire ed analizzare dati significativi, 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 stakeholder a vario livello.

Nella ricerca e valutazione dei dati esterni si mantengono i fronti legati alla percezione del fenomeno da parte dei cittadini, degli operatori aziendali e degli operatori economici che possono subirlo e che, almeno in parte, ne sono attori e alle 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.

Nessuna menzione sulla Provincia di Cuneo nelle ultime relazioni sia rispetto agli "Amministratori sotto tiro"⁸² sia rispetto alle relazioni DIA per quanto riguarda le infiltrazioni mafiose. Il Piemonte permane tra le regioni con i numeri più bassi di segnalazioni pur partecipando attivamente ai tavoli di lavoro ed alle rilevazioni, soprattutto con il cessare dell'emergenza pandemica che aveva fatto rilevare minacce ed aggressioni in seguito ai provvedimenti relativi ad obblighi vaccinali.

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 delle Langhe.

⁸⁰

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

⁸¹ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/1_ Informazioni_generali_su_Azienda.pdf

⁸² <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/pubblicazioni/amministratori-sotto-tiro/>

Incrociando questi dati, per quanto occorra aspettare i primi mesi del 2024 per conoscere quelli più aggiornati, con l'analisi storica che emerge dalla valutazione del rischio corruttivo 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 pochi e il tessuto sociale favorevole al mantenimento di buoni standard di integrità.

Contesto interno all'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo e valutazione di impatto sull'integrità 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 stakeholder 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 al recupero delle prestazioni post pandemia ed il ritorno ad una nuova normalità, unitamente alla percezione di indeterminazione amplificate dal dibattito attorno al nuovo ospedale.

Il numero di richiami e procedimenti disciplinari è contenuto, gestito secondo le modalità descritte nell'apposito regolamento⁸³ e comunicate con specifici interventi formativi rivolti ai dipendenti con responsabilità nella gestione del personale.

Alla data del 31/10/2023, per il comparto sono stati avviati 4 quattro procedimenti disciplinari dei quali:

- 2 sono stati chiusi con l'applicazione di sanzioni disciplinari;
- 1 procedimento è stato archiviato;
- 1 procedimento è tuttora pendente;

per la dirigenza è stato avviato 1 procedimento disciplinare che alla data del 31/10/2023 risulta pendente.

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, anche in relazione alla diffusione delle modalità previste per le segnalazioni di illecito attraverso l'istituto del *whistleblowing*.

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).

⁸³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta/>

Nel periodo tra il 01.01.2023 e il 30.11.2023 non sono stati instaurati giudizi amministrativi innanzi al TAR Piemonte in materia di procedure di affidamento di contratti pubblici.

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 ri-attualizzazione delle stesse.

L'opinione che emerge dai dipendenti partecipanti ai corsi di formazione aziendale negli ultimi 5 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 corruttivi, 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'allegato⁸⁴, generato dall'applicativo gestionale alimentato semestralmente in occasione della valutazione dello stato di attuazione delle misure anti corruttive e dal riesame annuale dell'impianto dell'intero sistema.

Nel prossimo triennio, 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 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

⁸⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

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 annuali⁸⁵ che implementa in funzione delle nuove necessità.

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*.

Nello specifico, a fine 2023, con l'acquisizione della piattaforma di gestione delle segnalazioni di illecito attraverso l'istituto del *whistleblowing* si è proceduto alla valutazione e analogamente si procederà nel 2024 rispetto alla fornitura dell'applicativo gestionale per il rischio corruttivo.

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 novembre, come da scadenziario periodico, la FPCT ha inviato alla maggior parte dei Responsabili delle strutture tecnico amministrative ed i loro Referenti una prima richiesta di *trasmissione* delle informazioni di pertinenza per la programmazione 2024 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).

⁸⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/>

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 PIAO 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-format 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* e 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 rispetto all'attuazione di quanto previsto 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.

Permane il problema di identificare criteri auto esplicativi 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*). Non si hanno al momento indicazioni operative da parte della Regione Piemonte e della cabina di regia per i lavori su queste tematiche.

Allo stato attuale rimane in atto il modello di rilevazione dati e informazioni e di valutazione illustrato nei PTPCT e nei PIAO degli anni precedenti⁸⁶, per quanto in vista della scadenza del contratto di fornitura dell'attuale applicativo gestionale si valuteranno eventuali ulteriori modelli.

L'elemento maggiormente soggetto a variazione può essere legato alla presenza di segnalazioni interne o esterne, rispetto alle quali nel 2023 l'AO non è stata oggetto di criticità sostanziali particolari.

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'ottica aziendale prevede di limitare il numero delle misure da monitorare, invitando sempre più ad un'integrazione tra i diversi settori che regolamentano e tendono sotto controllo i processi.

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

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.

Individuati i rischi corruttivi, l'Azienda programma le misure sia generali, previste dalla legge 190/2012, dai PNA e dalle diverse fonti che intervengono sullo specifico delle organizzazioni sanitarie, soprattutto in relazione a quelle 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 o dal Responsabile della Struttura di riferimento purché non in contrasto con quelle eventualmente stabilite aziendali, 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 quelle già esistenti, anche per evitare di appesantire l'attività amministrativa con l'inserimento di

⁸⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

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 in relazione all'efficacia attesa.

Il dettaglio delle misure è visibile nei report estraibili tramite applicativo gestionale; quelle particolarmente attenzionate nel 2024 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.

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

- la realizzabilità effettiva in tempi ben definiti, tenendo conto dell'accettabilità da parte dei soggetti maggiormente coinvolti
- la sostenibilità economica e organizzativa delle misure
- la capacità di incidere sui fattori di rischio
- la misurabilità dell'avanzamento e del risultato.

Le condizioni abilitanti appaiono buone in relazione al comportamento dei dipendenti, alla disponibilità dei professionisti ad adeguarsi alle esigenze organizzative, all'attuazione della trasparenza, alla gestione condivisa del rischio a tutti i livelli. Il livello di regolamentazione appare storicamente buono e l'adesione agli stessi diffusa.

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, Medicina del Lavoro, Rischio Clinico), comportamentale (FPCT, DIPSA, DSP e organismi deputati) 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 dell'utenza.

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.

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.

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

Le misure generali previste da ANAC⁸⁷, 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. diffusione del Codice di comportamento aziendale. Il nuovo Codice di comportamento è stato deliberato l'11 luglio 2023 con provvedimento n.507, dopo essere stato posto in consultazione pubblica dall'8.11.2023 al 30.11.2023. La revisione del documento è frutto della raccolta costante da parte della FPCT degli elementi emersi durante la formazione aziendale, delle segnalazioni e proposte pervenute annualmente, delle richieste di chiarimento. Il d.lgs. 81/2023 ha richiamato l'attenzione a temi che erano già presenti nel Codice aziendale e che in questa versione sono stati maggiormente evidenziati.

Nel corso del 2024 si individueranno delle modalità per diffondere piccoli estratti del Codice, a rotazione, attraverso i diversi canali aziendali, a partire dagli elementi maggiormente esplicitati rispetto all'edizione precedente. Continuerà la diffusione dello stesso attraverso la formazione aziendale e 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;
- 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 dalla normativa di riferimento
- CUG in relazione agli episodi di cui può essere portato a conoscenza dai dipendenti stessi;
- utenti e associazioni di cittadini, stakeholder esterni che segnalano eventuali violazioni del Codice di comportamento ad esempio tramite l'URP, la Conferenza di Partecipazione, gli audit civici;
- FPCT che semestralmente raccoglie le autovalutazioni e le integra con gli elementi emersi sia internamente, anche tramite il canale *whistleblowing*, sia esternamente (rassegna stampa, ANAC, Garante e altre Autorità).

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 ulteriore diffusione attraverso i canali aziendali ed in successivi momenti formativi rivolti a Direttori, Responsabili e Coordinatori di struttura.

Nel 2024 l'Azienda valuterà la necessità di riesaminare il Regolamento in materia di incarichi ed attività extra istituzionali anche in relazione alla cosiddetta "libera professione del comparto".

Considerando l'impulso alla ri-attualizzazione 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 rendere operativo, monitorare ed esemplificare riguarda 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.

⁸⁷ Parte III del PNA 2019-2021

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 e interaziendali⁸⁸.

4. Prevenzione, emersione e gestione dei divieti *post-employment (pantouflage/revolving doors)*: nell'ultima revisione del Codice è stato maggiormente esplicitato il divieto.

Nella comunicazione di incarico e nel provvedimento di cessazione nonché nella lettera di *trasmissione* dello stesso a tutti i dipendenti dell'Azienda viene ricordato con specifica dicitura.

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.

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 provvedimento⁸⁹, 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 ambito dei concorsi pubblici, quando necessario si ricorre al Comitato di Vigilanza e, quando possibile, 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.

Gradualmente si attiveranno forme di variazione di ambiti lavorativi e di attivazione tra il personale soprattutto tecnico amministrativo.

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

⁸⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generali/atti-generali/atti-amministrativi-generali/>
<http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/>

⁸⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/titolari-di-incarichi-dirigenziali/>

maggior danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

6. La formazione

Un livello più generale di formazione, pianificato annualmente con la Struttura 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 2024 riprenderà il percorso proposto all'interno della Regione Piemonte a sostegno degli RPCT e dei collaboratori.

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 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 e antifrode; 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).

È allo studio, su stimolo del CUG e della DIPSA, la costituzione di un punto di riferimento aziendale per eventuali situazioni che richiedano valutazioni o condivisioni a livello etico a partire da situazioni operative contestuali. La formazione e la diffusione di quanto appreso sarà un elemento distintivo di questa comunità di pratica.

Nell'ambito della costante promozione ad una comunicazione efficace e rispettosa delle differenze verrà ripreso il lavoro aziendale sul linguaggio, supervisionato dal CUG.

In relazione alla valutazione di fattibilità della gestione della progettazione del nuovo ospedale ed alle fasi successive verrà garantita la formazione specifica necessaria ai dipendenti coinvolti nelle diverse fasi.

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 continuano a percepire l'ambiente dell'AO S. Croce e Carle "sano": statisticamente le valutazioni positive sono aumentate anche in relazione all'ingresso di neoassunti sia recentemente entrati nel mondo del lavoro sia provenienti da altre realtà. Oltre allo stesso ambito delle questioni contrattuali, 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.

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.

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 aziendale, anche non accreditato ECM.

Durante i momenti di informazione e attraverso l'apposita casella mail⁹⁰ è sempre possibile segnalare bisogni formativi generali o contestuali attinenti ai temi di competenza della FPCT, così come in occasione dei monitoraggi semestrali.

La FPCT è sempre disponibile a collaborare con gli Ordini professionali, i Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie e le diverse università ed agenzie formative nei percorsi formativi e nelle iniziative di sensibilizzazione alla promozione dell'integrità in tutte le sue forme.

Collabora altresì attivamente ai tavoli regionali e territoriali in materia e alle iniziative del No Profit.

L'AO raccoglie i bisogni formativi espressi dai livelli di coordinamento pre-individuati entro la fine dell'anno solare per addivenire al Piano Formativo Aziendale nei primi mesi dell'anno successivo.

7. Gestione del *whistleblowing*

La procedura interna è stata revisionata in relazione al d.lgs. 24/2023 ed all'attivazione della piattaforma. Nel 2024 si struttureranno una serie di iniziative progressive per aumentare la conoscenza dell'istituto.

Fino ad oggi non sono mai pervenute segnalazioni tramite questo canale. In assenza di segnalazioni reali la FPCT effettuerà periodicamente prove di funzionamento della procedura interna inserendo una segnalazione fittizia.

Nei momenti formativi-informativi verrà illustrato il funzionamento dell'istituto, evidenziati i concetti essenziali e ribadita la logica sottostante alla segnalazione attraverso i diversi canali, sottolineando la differenza in termini di tutela per chi sceglie il percorso *whistleblowing* rispetto agli altri canali ordinari previsti.

Il CUG, per quanto non contemplato tra i soggetti esplicitamente menzionati nella procedura di gestione del *whistleblowing*, verrà comunque interpellato nella rendicontazione semestrale per verificare se sia stato contattato per tematiche inerenti quanto previsto dall'istituto. Nel 2023 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, anche in caso di conflitto di interesse dello stesso e co-istruttore, è il Direttore Amministrativo che agisce secondo la medesima procedura e garantisce le stesse tutele previste dalla normativa.

8. Ulteriori misure

Alcune misure di carattere generale sono regolamentate a livello nazionale, come quanto pertiene l'area Bandi di gara e contratti sia attraverso il nuovo Codice dei contratti sia tramite il PNA 2023 e diversi atti ANAC.

Entro e non oltre il 31 gennaio 2024, le Centrali di Committenza e le Stazioni Appaltanti già qualificate devono accedere all'applicativo e comunicare la disponibilità di piattaforme di approvvigionamento digitale certificate di cui agli articoli 25 e 26 del Codice di proprietà o anche per il tramite di contratti di servizio con soggetti terzi. L'AO si avvale di piattaforme certificate.

Amministrazioni e imprese entrano in una dimensione digitale e immateriale di tutte le fasi del processo di acquisto: programmazione, progettazione, esecuzione e accesso alle informazioni e agli atti di gara. Il nuovo Codice dei contratti lo definisce "Ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale (*e-procurement*)". Le pubbliche amministrazioni dovrebbero essere così essere nelle condizioni di acquisire dal mercato e alle migliori condizioni le

⁹⁰ trasparenza@ospedale.cuneo.it

risorse (forniture, servizi, lavori, know how) utili al funzionamento, mantenimento e sviluppo delle proprie attività istituzionali attraverso l'interconnessione con banche dati e sistemi telematici, semplificando l'intero processo, velocizzandolo e rendendolo meno costoso e qualitativamente più efficace. Per fare questo ANAC ha messo a disposizione la propria Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici e una serie di servizi istituiti al fine di uniformare e facilitare lo svolgimento delle fasi dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

La Banca Dati si articola nelle seguenti sezioni:

- Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA): è l'anagrafe istituita dall'articolo 33-ter del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con modificazioni dalla Legge n. 221 del 17 dicembre 2012.
- Piattaforma contratti pubblici (PCP): il complesso dei servizi web e di interoperabilità attraverso i quali le piattaforme di approvvigionamento digitale delle stazioni appaltanti interoperano con la Banca Dati Anac per la gestione digitale del ciclo di vita dei contratti pubblici.
- Piattaforma per la pubblicità legale degli atti: garantisce la pubblicità legale degli atti ai sensi degli articoli 84 e 85 del codice con le modalità stabilite nel provvedimento di cui all'articolo 27 del codice, anche mediante la *trasmissione* dei dati all'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea. È disciplinata dalla delibera n. 263 del 20 giugno 2023 e sarà in produzione dal 1° gennaio.
- Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE): Presso la BDNCP opera il fascicolo virtuale dell'operatore economico che consente la verifica dell'assenza delle cause di esclusione di cui agli articoli 94 e 95 (casellario giudiziale, certificati antimafia, regolarità fiscale e contributiva, eccetera) e per l'attestazione dei requisiti di cui all'articolo 103 per i soggetti esecutori di lavori pubblici, nonché dei dati e dei documenti relativi ai criteri di selezione requisiti di cui all'articolo 100 che l'operatore economico inserisce. I dati e i documenti contenuti nel fascicolo, che l'operatore economico può inserire attraverso apposite funzionalità, verranno aggiornati automaticamente dagli enti certificatori (Ministero della Giustizia, Ministero dell'Interno, Inps, Inail, Agenzia delle Entrate etc.) attraverso l'interoperabilità, potranno essere consultati dalle stazioni appaltanti e riutilizzati in tutte le procedure di affidamento a cui uno stesso operatore economico partecipa.
- Casellario Informatico: presso la Banca Dati opera il Casellario informatico dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, in cui sono annotate le notizie, le informazioni e i dati relativi agli operatori economici, individuati dall'ANAC con il Regolamento sul Casellario informatico di cui all'articolo 222, comma 10, del D.Lgs. 36/2023.
- Anagrafe degli Operatori Economici: censisce gli operatori economici coinvolti a qualunque titolo nei contratti pubblici, nonché i soggetti, le persone fisiche e i titolari di cariche ad essi riferibili.

La principale novità in vigore dal 1° gennaio 2024 riguarda la gestione delle gare pubbliche, per le quali diventa obbligatorio l'utilizzo di piattaforme digitali "certificate". Dal inizio anno tali piattaforme devono essere utilizzate anche per la redazione o acquisizione degli atti relativi alle procedure di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione dei contratti; la *trasmissione* dei dati e documenti alla Banca Dati Anac; l'accesso alla documentazione di gara; la presentazione del Documento di gara unico europeo; la presentazione delle offerte; l'apertura, gestione e conservazione del fascicolo di gara; il controllo tecnico, contabile e amministrativo dei contratti in fase di esecuzione e la gestione delle garanzie.

Le Piattaforme digitali di approvvigionamento interoperano con i servizi erogati dalla Banca Dati secondo le regole tecniche stabilite da AgID nel provvedimento "Requisiti tecnici e modalità di certificazione delle Piattaforme di approvvigionamento digitale" adottate dal nuovo Codice dei Contratti.

Da lunedì 18 dicembre 2023 sul portale dei dati aperti Anac è stata attivata la sezione Registro Piattaforme Certificate (RPC), consultabile al seguente link: <http://dati.anticorruzione.it/#/regpiacert>.

Qualificazione e digitalizzazione costituiscono, quindi, pilastri del nuovo sistema e la loro effettiva, piena, attuazione contribuisce a velocizzare l'affidamento e la realizzazione delle opere, riducendo al contempo i rischi di *maladministration* mediante la previsione di committenti pubblici dotati di adeguate capacità, esperienza e professionalità e tramite la maggiore trasparenza e tracciabilità delle procedure.

Adattarsi operativamente al nuovo sistema sarà un'operazione complessa che richiederà l'impegno di tutti gli operatori coinvolti per tutto l'anno.

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.

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 2023 obtv. n. 2 e obtv. 133):

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) 15/07/2024 b) 11/11/2024

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.

Tale attività non coinvolge soltanto il RPCT, che ne resta il coordinatore aziendale, ma interessa attivamente i Referenti, i Responsabili/Direttori e l'OIV che concorrono, ciascuno per i propri profili di competenza. La collaborazione con il RPCT rappresenta 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 della FPCT. 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.

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 utili 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 alla FPCT 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 dalla FPCT o da organi indipendenti rispetto all’attività da verificare.

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

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 tramite forme di campionamento 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 della FPCT poiché a quelle pianificate si aggiungono quelle che vengono attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d’anno (es. flussi informativi e/o *red flags, whistleblowing*).

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.

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, della Procura e delle attività giudiziarie o amministrativo-contabili o da AGENAS, DFP, ANAC⁹¹.

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 pubblicazione⁹² così come le eventuali azioni di miglioramento conseguenti. L’evidenza delle valutazioni di terzo livello è presente nelle relazioni periodiche curate dalla FPCT, quando questa ne è venuta a conoscenza.

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.

⁹¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

⁹² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

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.

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 allegato⁹³.

La base conoscitiva dello stato della Trasparenza è data fondamentalmente da quanto visualizzabile sul portale www.ospedale.cuneo.it, dagli esiti dei monitoraggi interni alla 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.

Nel 2023, anche attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi, è stata incentivata la pubblicazione in autonomia da parte delle strutture dei dati in loro possesso o di cui sono responsabili. Nel 2024, anche grazie alle funzionalità di interfacciamento possibili con il nuovo gestore documentale, si continuerà ad incentivare e affiancare le strutture al fine di autonomizzarle tutte alla pubblicazione in autonomia dei dati di competenza.

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.

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.

⁹³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

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 de-pubblicazione o di sottrazione alla visualizzazione al di fuori di quelli pre-impostati per i documenti di gara e di quelli dal 4 luglio 2023 gestiti con il gestore documentale tramite applicativo Casa di vetro.

La gestione delle richieste di accesso indirizzate all'Azienda è descritta in apposita procedura pubblicata⁹⁴. Al momento sono pervenute due richieste di accesso civico alle quali è stato dato riscontro positivo e rispetto a cui sono state poste in essere le azioni finalizzate ad evitare che possa ripresentarsi il disservizio che le ha causate. Nel 2024 verrà rivista la procedura interna, anche alla luce degli sviluppi del nuovo sistema di protocollazione ed archiviazione, al momento ancora in fase di rodaggio.

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.

Le maggiori novità relative alle pubblicazioni riguardano l'area Bandi e contratti.

Con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, ANAC ha deciso di dedicare l'Aggiornamento 2023 del PNA 2022 solamente ai contratti pubblici, che rappresentano la parte nella quale sono intercorse le maggiori modifiche rispetto al passato, con l'aggiornamento del Codice dei Contratti contenuto nel d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che presenta profili di complessità per via delle numerose disposizioni derogatorie via via introdotte.

Alla luce delle disposizioni vigenti, è possibile constatare che il settore della contrattualistica pubblica è governato da norme differenziate a seconda che si tratti di interventi di PNRR/PNC, di procedure avviate con il previgente d.lgs. 50/2016 ovvero di procedure avviate in vigenza del nuovo Codice.

L'assetto normativo in essere dopo il 1° luglio 2023 determina pertanto la seguente tripartizione:

- a. procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- b. procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- c. procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 s.m.i. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale dettata dal MEF per quanto concerne la *trasmissione* al sistema informativo "ReGiS" descritta nella parte Speciale del PNA 2022, come aggiornata dalle Linee guida¹⁰ e Circolari¹¹ successivamente adottate dal MEF⁹⁵.

Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023 che prevedono la pubblicazione di dati, informazioni e documenti secondo quanto previsto dalla delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023, adottata d'intesa con il MIT, un comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione e a cui si rinvia anche per i profili attinenti all'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Per i contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024, gli obblighi di pubblicazione sono assolti secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ss. e dai relativi regolamenti attuativi di ANAC. In particolare, le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP e le modalità di assolvimento di tale obbligo sono stati descritti da ANAC nella delibera n. 261 del 20 giugno 2023 interamente sostituita dalla delibera n. 601 del 19 dicembre 2023.

⁹⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-accesso-civico/>

⁹⁵ Riferimenti normativi: l. n. 190/2012; d.lgs. n. 33/2013; d.lgs. n. 50/2016; allegato 9) al PNA 2022; d.lgs. n. 36/2023; deliberazioni ANAC n.ri 261 e 264 del 20 giugno 2023.

Nell'Allegato 1) sono stati precisati i dati, i documenti, le informazioni la cui pubblicazione da rendere visibili nella sezione "Amministrazione trasparente".

Le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici recate dalla Parte II del Codice, ovvero dagli artt. 19 e ss. d.lgs. 36/2023, la cui attuazione decorre dal 1° gennaio 2024, sono da considerarsi intrinsecamente misure di standardizzazione, semplificazione, riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure, così come previsto dagli impegni presi con il PNRR.

L'attuazione integrale del suddetto decreto, con la digitalizzazione dei contratti, non modificherà gli adempimenti di pubblicazione relativi ai bandi di gara e ai contratti, ma cambierà profondamente le modalità per assolverli. Grazie all'interscambio tra la Banca dati nazionale e le piattaforme di *e-procurement* certificate in uso alle Stazioni Appaltanti, ottenuto tramite interoperabilità, basterà trasmettere tempestivamente i dati richiesti per ogni fase al sistema ANAC e pubblicare in Amministrazione trasparente il link alla procedura sulla BDNCP. Tale adempimento è obbligatorio per tutte le procedure di affidamento per le quali è richiesto un CIG.

L'interoperabilità prevede che ogni singolo *step* vada tracciato nel sistema nazionale ANAC attraverso l'invio di schede: a partire dalla funzione "crea appalto", la Piattaforma Contratti Pubblici (PCP, parte della Banca dati nazionale) acquisisce il set di informazioni di base sulla procedura che, una volta confermata, consente di recuperare il CIG, realizzando uno scambio di dati con l'ANAC costante e tempestivo in ogni fase del contratto.

Pubblicato il collegamento ipertestuale (link) alla procedura sulla BDNCP nella sotto-sezione "Bandi di gara e contratti" dell'Amministrazione trasparente sul portale istituzionale aziendale, nella medesima sotto-sezione verranno pubblicati i dati, gli atti e le informazioni individuati dall'allegato I alla Delibera ANAC n. 264 che non devono essere trasmessi alla BDNCP ma pubblicati integralmente, come ad esempio i curricula della *commissione* giudicatrice. Qualora i dati fossero già contenuti in altra banca dati è possibile indicare il collegamento, verificando la raggiungibilità libera ai dati conoscibili.

Tutti i dati devono rispondere ai criteri di qualità espressamente indicati dal legislatore all'articolo 6 del decreto trasparenza ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità. I dati, gli atti e le informazioni rimangono pubblicati in BDNCP e nella sezione "Amministrazione trasparente" della stazione appaltante e dell'ente concedente per almeno 5 anni e comunque nel rispetto delle previsioni dell'articolo 8, comma 3, del decreto trasparenza. Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, la BDNCP, la stazione appaltante e l'ente concedente sono tenuti a conservare e a rendere disponibili per quanto di rispettiva competenza i dati, gli atti e le informazioni per soddisfare eventuali istanze di accesso civico generalizzato.

Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione.

La gestione della comunicazione con i sistemi nazionali tramite l'invio delle schede è un incarico che ai sensi del Codice spetta al RUP e ai suoi delegati; le responsabilità associate all'elaborazione, la *trasmissione* e/o la pubblicazione di atti, dati e informazioni alla BDNCP o da pubblicare solamente in "Amministrazione trasparente per i singoli obblighi, secondo quanto contenuto nell'art. 10.1 della Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023, sono riportate nel file allegato al presente PIAO in apposito foglio. Tale file contiene fogli differenziati rispetto alle diverse modalità previste per l'area Bandi di gara e contratti, in assenza di un format ufficiale complessivo fornito da ANAC.

In caso di mancata pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" si applica la disciplina sull'accesso civico semplice di cui all'articolo 5, comma 1, del Decreto Trasparenza; qualora sia stata omessa la pubblicazione nella BDNCP, la richiesta di accesso civico va presentata al RPCT dell'AO per verificare le responsabilità sull'*omissione*; se si appura che la stazione appaltante/ente concedente ha effettivamente trasmesso i dati alla

BDNCP per il tramite della PCP, la richiesta di accesso va presentata al RPCT di ANAC, in qualità di amministrazione titolare della BDNCP.

L'articolo 226 del nuovo Codice degli Appalti ha abrogato l'articolo 1, comma 32, della legge n.190 del 2012. Di conseguenza, non sussiste più l'obbligo di trasmettere ad ANAC il file XML entro il 31 gennaio, perché l'Autorità avrà già a disposizione i medesimi dati, ripresi dall'art. 28 del D.lgs. 36/2023, quasi in tempo reale sulla piattaforma nazionale, così come chiarito nella nota ANAC⁹⁶ del 10 gennaio 2024.

L'interfaccia attuale tra gli applicativi Sfera e Casa di Vetro consentono di migliorare i dati che devono essere pubblicati; il percorso di ottimizzazione continuerà nel 2024 anche tramite l'integrazione con l'applicativo gestionale relativo alla contabilità.

Con comunicato del 27 novembre 2023⁹⁷ ANAC, al fine di semplificare la pubblicazione e la consultazione dei dati, documenti e informazioni da pubblicare ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ha avviato un percorso per la realizzazione di una Piattaforma unica della trasparenza, concepita come unico punto di accesso e consultazione dei dati che le amministrazioni sono chiamate a rendere conoscibili in virtù del citato decreto. Si tratta di un sistema centralizzato degli obblighi di trasparenza, facilmente accessibile, messo a punto al fine di rafforzare i livelli di trasparenza nel settore pubblico anche nell'ottica di ridurre gli oneri per le pubbliche amministrazioni. Allo stato attuale è ancora in corso la consultazione per la predisposizione di appositi schemi standard di pubblicazione al fine di assicurare l'uniformità e la comparabilità degli stessi mediante la piattaforma unica, prima di acquisire il parere della Conferenza Unificata.

Annualmente viene riesaminato l'elenco delle maggiori banche dati alimentate dall'Azienda⁹⁸ e verificato l'utilizzo di piattaforme certificate per la gestione dei contratti pubblici.

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 da tale figura.

Fondamentale la disponibilità della DPO e del gruppo privacy, coinvolto trasversalmente in tutti i processi, nei casi di valutazione del bilanciamento tra esigenze conoscitive e privacy.

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

⁹⁶ <https://www.anticorruzione.it/-/semplificazioni-e-meno-obblighi-per-le-stazioni-appaltanti>

⁹⁷ <https://www.anticorruzione.it/-/schemi-di-pubblicazione-dei-dati-per-la-standardizzazione-da-adottare-ai-sensi-dell-art.48-del-d.lgs.-33/2013>

⁹⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accessibilita-e-catalogo-di-dati-metadati-e-banche-dati/v>

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 Aziendale⁹⁹.

La struttura organizzativa dell’Azienda è illustrata nell’organigramma¹⁰⁰ pubblicato nell’apposita area del portale (*Figura 10*).

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.

⁹⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

¹⁰⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

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.

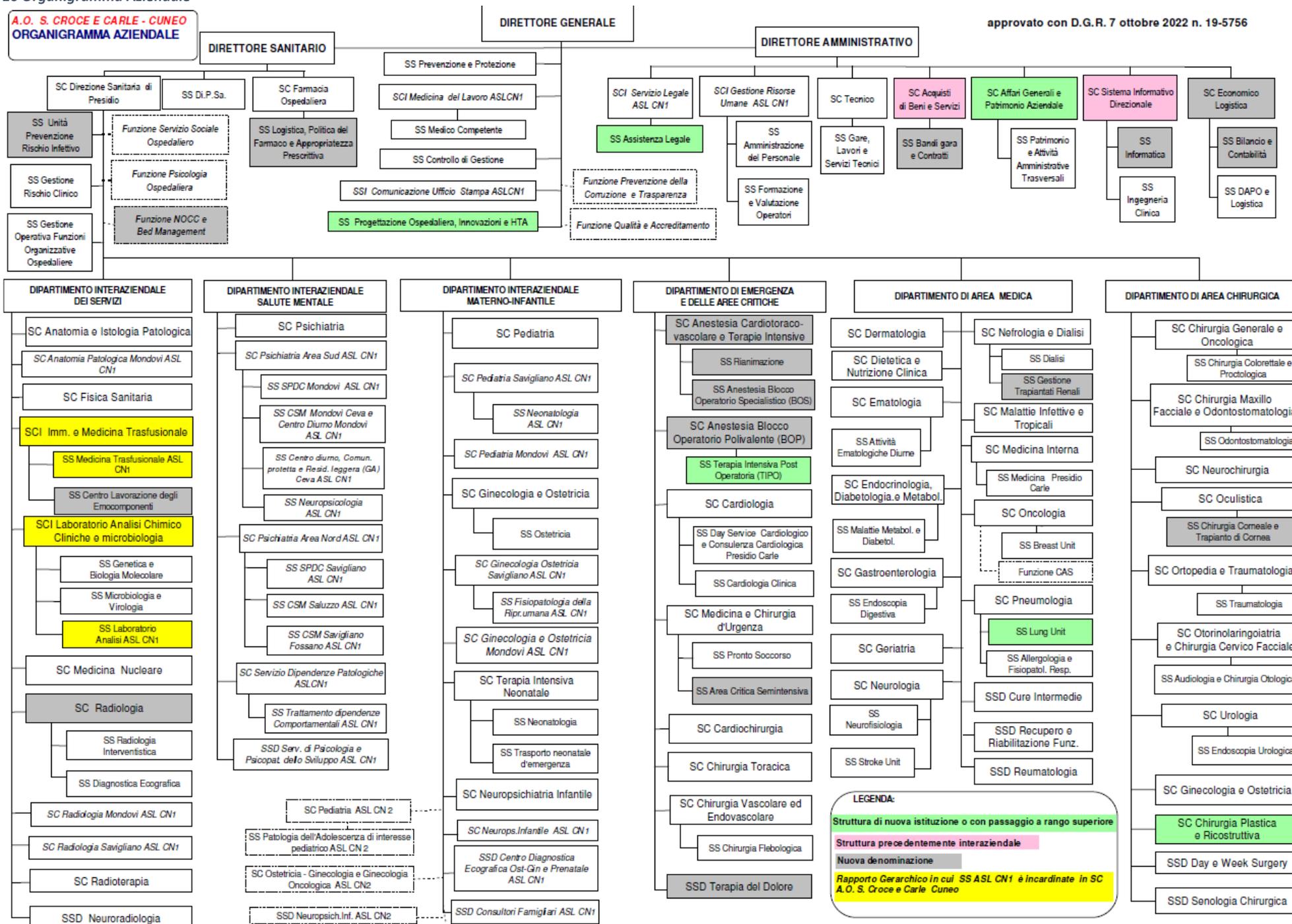
Il modello di rete ospedaliera previsto dal P.S.S.R. e dalle D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, come integrata con D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015, nonché dalla D.G.R. n. 7 – 1492 del 12.06.2020 e successivi provvedimenti di rimodulazione, prevede che i dipartimenti ospedalieri, ove necessario per favorire 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.

L'organigramma che segue (*Figura 10* nella pagina successiva) illustra l'assetto organizzativo dell'Azienda.

Figura 10 Organigramma Aziendale



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 aziendale¹⁰¹.

Al 31 dicembre 2023 i dipendenti dell'AO erano 2.352.

Tabella 10 Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2023

Inquadramento	Donne					Uomini				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 2352										
dirigenza medica SC			1	4	3			2	13	8
dirigenza medica SS			6	5	4			3	8	11
dirigenza medica	5	91	60	27	8	5	86	34	40	18
dirigenza sanitaria SC				1				1		1
dirigenza sanitaria SS			1	1						
dirigenza sanitaria	2	4	10	7			3	2	3	
dirigenza funzioni locali SC										1
dirigenza funzioni locali SS			2	2					2	1
dirigenza funzioni locali			1	2					3	1
comparto sanitario incarico funzione		12	20	29	2		6	5	7	2
comparto sanitario	141	246	312	384	30	14	76	51	53	7
comparto sociosanitario	1	15	38	64	24	1	11	11	10	3
comparto professionale					1				1	
comparto tecnico incarico funzione			1					1	5	3
comparto tecnico		2	4	8	2	3	17	32	33	3
comparto amministrativo incarico funzione			2	14	1			1	2	
comparto amministrativo	5	13	20	64	16	7	4	8	10	1
totale	154	383	478	612	91	30	203	151	190	60
% sul personale complessivo	6,54	16,28	20,31	26,01	3,87	1,27	8,63	6,42	8,07	2,55

¹⁰¹ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/Piano_di_organizzazione.pdf

Per quanto riguarda la rappresentazione dell'ampiezza delle unità organizzative al 31.12.2023 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 11 Numerosità personale dirigente nelle strutture cliniche al 31.12.2023

<i>STRUTTURA</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
DAY HOSPITAL ONCOLOGICO	10	2	12
RADIOTERAPIA - CENTRO ALTE ENERGIE	3	4	7
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	3	4	7
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	12	14	26
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	8	4	12
S.C. CARDIOCHIRURGIA	1	8	9
S.C. CARDIOLOGIA	10	10	20
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	2	12	14
S.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA	2	3	5
S.C. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	2	2	4
S.C. CHIRURGIA TORACICA	1	5	6
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	3	7	10
S.C. DERMATOLOGIA	1	1	2
S.C. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	2	1	3
S.C. EMATOLOGIA	5	8	13
S.C. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E METABOLISMO	5	3	8
S.C. FISICA SANITARIA	1	5	6
S.C. GASTROENTEROLOGIA	3	5	8
S.C. GERIATRIA	6	2	8
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - GINECOLOGIA		1	1
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - OSTETRICIA	10	6	16
S.C. INTER.LAB.ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA	7	3	10
S.C. INTERAZIENDALE IMMUNOEM.E MED.TRASFUSIONALE	7	2	9
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5	3	8
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	16	9	25
S.C. MEDICINA INTERNA	10	7	17
S.C. MEDICINA NUCLEARE	6	8	14
S.C. NEUROCHIRURGIA		9	9
S.C. NEUROLOGIA	8	2	10
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3		3
S.C. OCULISTICA	3	6	9

<i>STRUTTURA</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	9	12
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E CH.CERV.FACC	4	3	7
S.C. PEDIATRIA	9	1	10
S.C. PNEUMOLOGIA	5	6	11
S.C. PSICHIATRIA	4	1	5
S.C. RADIOLOGIA	8	13	21
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	3	11
S.C. UROLOGIA	2	6	8
S.S. ALLERGOLOGIA E FIS.RESPIRATORIA		2	2
S.S. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO SPECIALISTICO	1		1
S.S. ATTIVITÀ EMATOLOGICHE DIURNE	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. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA		1	1
S.S. DIALISI	7	3	10
S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1		1
S.S. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE	2		2
S.S. GESTIONE TRAPIANTI RENALI	1		1
S.S. MEDICINA PRESIDIO CARLE		1	1
S.S. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA		1	1
S.S. NEONATOLOGIA		1	1
S.S. NEUROFISIOLOGIA		1	1
S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA		1	1
S.S. RIANIMAZIONE	7	8	15
S.S. TRAUMATOLOGIA		1	1
S.S.D. CURE INTERMEDIE		1	1
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY		2	2
S.S.D. NEURORADIOLOGIA	1	5	6
S.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		3	3
S.S.D. REUMATOLOGIA	2	2	4
S.S.D. SENOLOGIA CHIRURGICA		2	2
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	1	2	3
SETTORE DI CITOFUORIMETRIA	3		3
Totale complessivo	227	236	463

Tabella 12 Numerosità personale dirigente nelle strutture in staff, tecnico e amministrative al 31.12.2023

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI		1	1
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	1	2
S.C. FARMACIA OSPEDALIERA	9		9
S.S. LOGISTICA, POLITICA DEL FARMACO ED APPROPRIATEZZA PRESC	1		1
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	1		1
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE		1	1
S.C. TECNICO	1	2	3
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	1		1
S.S. BILANCIO E CONTABILITÀ	1		1
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	1	1	2
S.S. DAPO E LOGISTICA	1		1
S.S. DI.P.SA.	1		1
S.S. GARE LAVORI E SERVIZI TECNICI		1	1
S.S. GESTIONE OPERATIVA FUNZIONI ORGANIZZATIVE		1	1
S.S. INFORMATICA		1	1
S.S. INGEGNERIA CLINICA		1	1
S.S. MEDICO COMPETENTE	1		1
S.S. PATRIMONIO E ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE TRASVERSALI	1		1
Totale complessivo	20	10	30

Tabella 13 Numerosità personale di comparto e ripartizione aziendale al 31.12.2023

STRUTTURA / AREA	DONNE	UOMINI	TOTALE
DEGENZA CARDIOCHIRURGIA-CHIRURGIA TORACICA	19	2	21
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 3	17	2	19
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 5	15	3	18
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 1	13	4	17
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 2	15	3	18
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 3	19	1	20
DIP.DI AREA CHIRURGICA - COORDINATORI POSIZIONATI	1		1
DIP.EMERGENZA E AREE CRITICHE - COORDINATORI POSIZIONATI		1	1
DIP.INTERAZ. MATERNO-INFANTILE - COORDINATORI POSIZIONATI	1		1
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA - COORDINATORI POSIZIONATI	1		1
DIPARTIMENTO INTERAZ.DEI SERVIZI - COORDINATORI POSIZIONATI		1	1
FUNZIONE QUALITÀ E ACCREDITAMENTO	5	1	6
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	21	1	22

<i>STRUTTURA / AREA</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
S.C. AFFARI GENERALI E PATRIMONIO AZIENDALE	16	3	19
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	9	3	12
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	59	17	76
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	87	21	108
S.C. CARDIOCHIRURGIA	2	4	6
S.C. CARDIOLOGIA	39	10	49
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	18	2	20
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	11	2	13
S.C. ECONOMICO LOGISTICA	22	26	48
S.C. EMATOLOGIA	24	4	28
S.C. FISICA SANITARIA	1	1	2
S.C. GASTROENTEROLOGIA	16		16
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - GINECOLOGIA	20		20
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - OSTETRICIA	69	1	70
S.C. INTERAZIENDALE GESTIONE RISORSE UMANE	16	8	24
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	3		3
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	17	3	20
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	62	20	82
S.C. MEDICINA INTERNA	32	7	39
S.C. MEDICINA NUCLEARE	12	6	18
S.C. NEUROCHIRURGIA	22	3	25
S.C. NEUROLOGIA	16	5	21
S.C. OCULISTICA	13		13
S.C. PEDIATRIA	18	1	19
S.C. PSICHIATRIA	16	8	24
S.C. RADIOLOGIA	54	31	85
S.C. RADIOTERAPIA	19	2	21
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE	9	18	27
S.C. TECNICO	6	49	55
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	39	1	40
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	54	14	68
S.C. INTER. LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CL. E MICROBIOLOGIA	28	9	37
S.C. INTERAZIENDALE IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	20	8	28
S.C. INTERAZIENDALE MEDICINA DEL LAVORO ASL CN 1	4		4
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	11	2	13

STRUTTURA / AREA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.S. DI.P.SA.	330	45	375
S.S. PREVENZIONE E PROTEZIONE	3	2	5
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY	10		10
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	4		4
S.S.INTER.COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	1	1	2
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA	4	1	5
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	32	8	40
UN.OP.COM.DIP.INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE	27	2	29
UNITÀ OP. COMUNE DEL DIP.DI AREA CHIRURGICA	3		3
UNITÀ OP.COM.DIP.EMERGENZA-AREE CRITICHE	66	21	87
Totale complessivo	1471	388	1859

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 Trasparente¹⁰².

Per quanto attiene agli incarichi professionali di cui all'art. 18 CCNL 19/12/2019, è in vigore la ripartizione di carattere generale in:

- incarichi di Altissima Professionalità a valenza Dipartimentale (APD);
- incarichi di Altissima Professionalità in staff/line Direzione aziendale/ in Struttura Complessa (AP);
- incarichi di Elevata Specializzazione (ES);
- incarichi con Specializzazione di Rilevanza Aziendale (SRA);
- incarichi con Specializzazione di Rilevanza Dipartimentale (SRD);
- incarichi Professionali di Base (PB)

che trovava al 31.12.2023 la seguente applicazione in Azienda: (Tabella 14)

Tabella 14 Incarichi professionali art.18/2019

INCARICO	DONNE	UOMINI	Totale	% D	% U
APD		1	1	0,00	100,00
AP		4	4	0,00	100,00
ES	12	33	45	26,67	73,33
SRA	77	53	130	59,23	40,77
SRD	48	28	76	63,16	36,84
PB	62	68	130	47,69	52,31
TOTALE	199	187	386	51,55	48,45

La revisione dell'organigramma degli incarichi dirigenziali ha avuto decorrenza dal 01/10/2022.

¹⁰² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/titolari-di-incarichi-dirigenziali/>

Nel 2024 l'Azienda provvederà ad attivare bandi per il conferimento di incarichi per posizioni dirigenziali che risulteranno nel tempo vacanti, anche al fine di procedere al conferimento di incarichi ai Dirigenti assunti per mobilità o concorso, al raggiungimento dell'esperienza professionale quinquennale.

Nel corso del 2023 sono stati conferiti n. 3 incarichi di Direttore di Struttura Complessa di Area Sanitaria e n. 4 incarichi di funzione a personale del Comparto.

Tabella 15 Incarichi di funzione attribuiti al personale non dirigenziale del comparto, ripartiti per genere, per valori assoluti e percentuali al 31.12.2023

	Donne		Uomini		Totale	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
comparto - ruolo sanitario	63	77,78	20	62,50	83	73,45
comparto - ruolo tecnico	1	1,23	9	28,13	10	8,85
comparto - ruolo amministrativo	17	20,99	3	9,38	20	17,70
Totale personale	81	100,00	32	100,00	113	100,00
% sul personale complessivo	3,44%		1,36%		4,80%	

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 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 2023 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 Personale¹⁰³

Per quanto concerne la composizione delle *Commissioni* esaminatrici relative alle selezioni per il conferimento di incarichi di Direzione di Struttura Complessa si dà applicazione al vigente art. 15 D. Lgs. 502/1992 s.m.i. che prevede, tra l'altro, il rispetto della parità di genere; in fase di sorteggio si provvede pertanto, laddove possibile, all'estrazione di componenti titolari e supplenti da elenchi suddivisi tra donne e uomini.

L'Azienda dal 2023 non è più sede del Comitato Etico Interaziendale¹⁰⁴ ma fa capo all'area coordinata dall'AOU Maggiore della Carità di Novara, come da Decreto del Presidente della Regione n. 26/2023/XI del 12/06/2023, istituito in conformità a quanto previsto dal D.M. 30 gennaio 2023 ed ai sensi della D.G.R. n. 24-6629 del 21.03.2023.

In AO un gruppo di operatori si sta auto-organizzando per strutturare un percorso di formazione, condivisione e confronto sui temi dell'etica e della bioetica.

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 esplicitano attraverso gli incontri con la Conferenza dei Sindaci¹⁰⁵. La collaborazione con le Associazioni di volontariato si manifesta con progetti condivisi ed integrati e l'organismo ufficiale è rappresentato dalla Conferenza di Partecipazione¹⁰⁶.

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 cittadini¹⁰⁷, anche grazie allo sportello collocato nel presidio S. Croce.

Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile

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

Nel triennio di riferimento si definiranno – anche in relazione alla particolare tipologia di attività dell'Azienda, per la maggior parte di natura sanitaria e assistenziale – criteri e modalità per il lavoro agile, nell'ottica di migliorare il benessere psicofisico del personale, la conciliazione lavoro-famiglia, la razionalizzazione dei trasporti e la riduzione dell'inquinamento connesso all'utilizzo di autovetture private per l'accesso alla sede di lavoro, l'efficienza dei servizi.

¹⁰³ http://www.ospedale.cuneo.it/concorsi_avvisi_di_mobilita/elenco_procedure_selettive_espletate_e_in_corso/

¹⁰⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/comitato-etico-interaziendale/>

¹⁰⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

¹⁰⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

¹⁰⁷ 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/>

Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale

Rappresentazione della consistenza del personale al 31.12.2023

Tabella 16 Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2023

Inquadramento	DONNE					UOMINI				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 2352										
dirigenza medica SC			1	4	3			2	13	8
dirigenza medica SS			6	5	4			3	8	11
dirigenza medica	5	91	60	27	8	5	86	34	40	18
dirigenza sanitaria SC				1				1		1
dirigenza sanitaria SS			1	1						
dirigenza sanitaria	2	4	10	7			3	2	3	
dirigenza funzioni locali SC										1
dirigenza funzioni locali SS			2	2					2	1
dirigenza funzioni locali			1	2					3	1
comparto sanitario incarico funzione		12	20	29	2		6	5	7	2
comparto sanitario	141	246	312	384	30	14	76	51	53	7
comparto sociosanitario	1	15	38	64	24	1	11	11	10	3
comparto professionale					1				1	
comparto tecnico incarico funzione			1					1	5	3
comparto tecnico		2	4	8	2	3	17	32	33	3
comparto amministrativo incarico funzione			2	14	1			1	2	
comparto amministrativo	5	13	20	64	16	7	4	8	10	1
totale	154	383	478	612	91	30	203	151	190	60
% sul personale complessivo	6,54	16,28	20,31	26,01	3,87	1,27	8,63	6,42	8,07	2,55

Tabella 17 Dati relativi al personale dipendente a tempo determinato per categoria e tipologia contrattuale, suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2023

Inquadramento	DONNE					UOMINI				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 27										
dirigenza medica	2	6				4	6			
dirigenza sanitaria	1									
comparto sanitario		1	2			2				
comparto amministrativo		1	1	1						
Totale	3	8	3	1		6	6			
% sul personale complessivo	11,11	29,63	11,11	3,70	0,00	22,22	22,22	0,00	0,00	0,00

Tabella 18 Personale dipendente per tipo di presenza, per genere e per fasce di età al 31.12.2023¹⁰⁸

Tipo presenza	DONNE					UOMINI				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 2352										
tempo pieno 2003	150	367	385	408	76	26	200	148	184	59
pt > 50 316	4	16	86	183	14	4	3	2	3	1
pt <= 50 33			7	21	1			1	3	
Totale 2352	154	383	478	612	91	30	203	151	190	60
Totale %	6,55	16,28	20,32	26,02	3,87	1,28	8,63	6,42	8,08	2,55

Tabella 19 Personale non dipendente in comando da altre ASR presso AO S. Croce e Carle di Cuneo al 31.12.2023

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

Tabella 20 Personale dipendente dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo in comando per almeno 1 mese di lavoro presso altri enti al 31.12.2023

Personale non dipendente	0 unità
--------------------------	---------

Tabella 21 Assunzioni per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2023

ASSUNZIONI 2023	DONNE					UOMINI				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 168										
dirigenza medica	5	24	2	1		4	17		1	
dirigenza sanitaria	2	1		1					1	
comparto sanitario	44	13	2			5	5	1		
comparto sociosanitario		1	7	2			2			
comparto tecnico		2				3	2	2	2	
comparto amministrativo	1	2	4	2		4	1	2		
Totale	52	43	15	6		16	27	5	4	
% sul personale complessivo	30,95	25,60	8,93	3,57	0,00	9,52	16,07	2,98	2,38	0,00

Tabella 22 Assunzioni per mobilità in entrata analizzate per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2023

di cui MOBILITÀ IN ENTRATA	DONNE					UOMINI				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 15										
dirigenza sanitaria				1						
comparto sanitario	3	3	1				2	1		
comparto sociosanitario		1	1							
comparto amministrativo			1	1						
Totale	3	4	3	2		2	1			
% sul personale complessivo	20,00	26,67	20,00	13,33	0,00	0,00	13,33	6,67	0,00	0,00

¹⁰⁸ 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 23 Anzianità personale dipendente non dirigenziale area comparto, per genere e per fasce di età al 31.12.2023

	DONNE					UOMINI				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 1853										
inferiore a 3 anni	90	67	28	17	1	18	39	19	7	
tra 3 e 5 anni	49	63	9	8		6	19	13	6	
tra 5 e 10 anni	8	78	16	12	4	1	27	13	5	2
superiore a 10 anni		80	344	526	71		29	64	103	17
Totale	147	288	397	563	76	25	114	109	121	19
totale %	7,91	15,49	21,36	30,29	4,09	1,34	6,13	5,86	6,51	1,02

Tabella 24 Anzianità personale dipendente area dirigenziale, per genere e per fasce di età al 31.12.2023

	DONNE					UOMINI				
	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<= 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
Tot. 493										
inferiore a 3 anni	7	51	11	4		5	51	3	7	1
tra 3 e 5 anni		29	6	1			23	7	5	
tra 5 e 10 anni		15	20	7	1		15	9	3	4
superiore a 10 anni			44	37	14			23	54	36
Totale	7	95	81	49	15	5	89	42	69	41
totale %	1,42	19,27	16,43	9,94	3,04	1,01	18,05	8,52	14,00	8,32

Per quanto riguarda la rappresentazione dell'ampiezza delle unità organizzative al 31.12.2023 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 25 Composizione per genere degli organici dirigenziali delle Strutture di area sanitaria e dei Direttori / Responsabili di Struttura al 31.12.2023

Struttura	DONNE	UOMINI	TOTALE	genere Direttore / Responsabile
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	3	4	7	M
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	12	14	26	M
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	8	4	12	F
S.C. CARDIOCHIRURGIA	1	8	9	M
S.C. CARDIOLOGIA	10	10	20	F
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	2	12	14	M
S.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA	2	3	5	M
S.C. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	2	2	4	M
S.C. CHIRURGIA TORACICA	1	5	6	M
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	3	7	10	M

<i>Struttura</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>	<i>genere Direttore / Responsabile</i>
S.C. DERMATOLOGIA	1	1	2	
S.C. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	2	1	3	M
S.C. EMATOLOGIA	5	8	13	M
S.C. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E METABOLISMO	5	3	8	M
S.C. FISICA SANITARIA	1	5	6	M
S.C. GASTROENTEROLOGIA	3	5	8	F
S.C. GERIATRIA	6	2	8	M
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA	10	7	17	M
S.C. INTER.LAB.ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA	10	3	13	M
S.C. INTERAZIENDALE IMMUNOEM.E MED.TRASFUSIONALE	7	2	9	F
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5	3	8	M
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	16	9	25	M
S.C. MEDICINA INTERNA	10	7	17	M
S.C. MEDICINA NUCLEARE	6	8	14	M
S.C. NEFROLOGIA	6	3	9	M
S.C. NEUROCHIRURGIA		9	9	M
S.C. NEUROLOGIA	8	2	10	M
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3		3	F
S.C. OCULISTICA	3	6	9	M
S.C. ONCOLOGIA	10	2	12	M
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	9	12	M
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E CH.CERV.FACCIALE	4	3	7	M
S.C. PEDIATRIA	9	1	10	F
S.C. PNEUMOLOGIA	5	6	11	M
S.C. PSICHIATRIA	4	1	5	F
S.C. RADIOLOGIA	8	13	21	M
S.C. RADIOTERAPIA	3	4	7	F
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	3	11	M
S.C. UROLOGIA	2	6	8	M
S.S. ALLERGOLOGIA E FIS.RESPIRATORIA		2	2	M
S.S. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO SPECIALISTICO	1		1	F
S.S. ATTIVITÀ EMATOLOGICHE DIURNE	1		1	F
S.S. CARDIOLOGIA CLINICA		1	1	M
S.S. CHIRURGIA COLO RETTALE E PROCTOLOGICA	1		1	F
S.S. CHIRURGIA CORNEALE E TRAPIANTO DI CORNEA	1		1	F

<i>Struttura</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>	<i>genere Direttore / Responsabile</i>
S.S. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA		1	1	M
S.S. DIALISI	1		1	F
S.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1		1	F
S.S. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE	2		2	F
S.S. GESTIONE TRAPIANTI RENALI	1		1	F
S.S. MEDICINA PRESIDIO CARLE		1	1	M
S.S. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA		1	1	
S.S. NEONATOLOGIA		1	1	M
S.S. NEUROFISIOLOGIA		1	1	M
S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA		1	1	M
S.S. RIANIMAZIONE	7	8	15	F
S.S. TRAUMATOLOGIA		1	1	M
S.S.D. CURE INTERMEDIE		1	1	M
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY		2	2	M
S.S.D. NEURORADIOLOGIA	1	5	6	M
S.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		3	3	M
S.S.D. REUMATOLOGIA	2	2	4	F
S.S.D. SENOLOGIA CHIRURGICA		2	2	M
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	1	2	3	M
Totale complessivo	227	236	463	

Tabella 26 Composizione per genere degli organici dirigenziali delle strutture in staff, tecnico e amministrative e dei Direttori/Responsabili di Struttura al 31.12.2023

<i>Struttura</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>	<i>genere Direttore / Responsabile</i>
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI		1	1	M
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	1	2	M
S.C. FARMACIA OSPEDALIERA	9		9	F
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	1		1	M
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE		1	1	M
S.C. TECNICO	1	2	3	M
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	1		1	F
S.S. BILANCIO E CONTABILITÀ	1		1	F
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	1	1	2	M

<i>Struttura</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>	<i>genere Direttore / Responsabile</i>
S.S. DAPO E LOGISTICA	1		1	F
S.S. DI.P.SA.	1		1	F
S.S. GARE LAVORI E SERVIZI TECNICI		1	1	M
S.S. GESTIONE OPERATIVA FUNZIONI ORGANIZZATIVE		1	1	M
S.S. INFORMATICA		1	1	M
S.S. INGEGNERIA CLINICA		1	1	M
S.S. LOGISTICA POLITICA DEL FARMACO APPR.PRESCR.	1		1	F
S.S. MEDICO COMPETENTE	1		1	F
S.S. PATRIMONIO E ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE TRASVERSALI	1		1	F
Totale complessivo	20	10	30	

Tabella 27 Numerosità personale di comparto e ripartizione aziendale al 31.12.2023

<i>Destinazione operativa</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
DEGENZA CARDIOCHIRURGIA-CHIRURGIA TORACICA	19	2	21
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 3	17	2	19
DEGENZA DIPARTIMENTALE CHIRURGICA 5	15	3	18
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 1	13	4	17
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 2	15	3	18
DEGENZA DIPARTIMENTALE MEDICA 3	19	1	20
DIP.DI AREA CHIRURGICA - COORDINATORI POSIZIONATI	1		1
DIP.EMERGENZA E AREE CRITICHE - COORDINATORI POSIZIONATI		1	1
DIP.INTERAZ. MATERNO-INFANTILE - COORDINATORI POSIZIONATI	1		1
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA - COORDINATORI POSIZIONATI	1		1
DIPARTIMENTO INTERAZ.DEI SERVIZI - COORDINATORI POSIZIONATI		1	1
FUNZIONE QUALITÀ E ACCREDITAMENTO	5	1	6
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	21	1	22
S.C. AFFARI GENERALI E PATRIMONIO AZIENDALE	16	3	19
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	9	3	12
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	59	17	76
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	87	21	108
S.C. CARDIOCHIRURGIA	2	4	6
S.C. CARDIOLOGIA	39	10	49
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	18	2	20
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	11	2	13

<i>Destinazione operativa</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
S.C. ECONOMICO LOGISTICA	22	26	48
S.C. EMATOLOGIA	24	4	28
S.C. FISICA SANITARIA	1	1	2
S.C. GASTROENTEROLOGIA	16		16
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - GINECOLOGIA	20		20
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA - OSTETRICIA	69	1	70
S.C. INTERAZIENDALE GESTIONE RISORSE UMANE	16	8	24
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	3		3
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	17	3	20
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	62	20	82
S.C. MEDICINA INTERNA	32	7	39
S.C. MEDICINA NUCLEARE	12	6	18
S.C. NEUROCHIRURGIA	22	3	25
S.C. NEUROLOGIA	16	5	21
S.C. OCULISTICA	13		13
S.C. PEDIATRIA	18	1	19
S.C. PSICHIATRIA	16	8	24
S.C. RADIOLOGIA	54	31	85
S.C. RADIOTERAPIA	19	2	21
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE	9	18	27
S.C. TECNICO	6	49	55
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	39	1	40
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	54	14	68
S.C. INTER. LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CL. E MICROBIOLOGIA	28	9	37
S.C. INTERAZIENDALE IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	20	8	28
S.C. INTERAZIENDALE MEDICINA DEL LAVORO ASL CN 1	4		4
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	11	2	13
S.S. DI.P.SA.	330	45	375
S.S. PREVENZIONE E PROTEZIONE	3	2	5
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY	10		10
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	4		4
S.S. INTER.COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	1	1	2
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA	4	1	5
UN.OP.COM.DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	32	8	40
UN.OP.COM.DIP.INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE	27	2	29

<i>Destinazione operativa</i>	<i>DONNE</i>	<i>UOMINI</i>	<i>TOTALE</i>
UNITÀ OP. COMUNE DEL DIP.DI AREA CHIRURGICA	3		3
UNITÀ OP.COM.DIP.EMERGENZA-AREE CRITICHE	66	21	87
Totale complessivo	1471	388	1859

Nel 2023 si è fatto ricorso a personale non dipendente, mediante conferimento di incarichi di lavoro autonomo - soprattutto per attività correlate al recupero liste di attesa, stipula di convenzioni per specifiche professionalità e acquisizione di una risorsa medica in comando da altro Ente.

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 Trasparente¹⁰⁹ 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”.

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;
- 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 28 Turn over 2023

n. personale dirigenza area sanità assunto	59
tot. personale dirigenza area sanità cessato	45
n. personale comparto ruolo sanitario/socio sanitario assunto	82
tot. personale comparto ruolo sanitario/socio sanitario cessato	86
n. personale comparto ruolo tecnico assunto	11
tot. personale comparto ruolo tecnico cessato	10
n. personale comparto ruolo amministrativo assunto	16
tot. personale comparto ruolo amministrativo cessato	13

¹⁰⁹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/consulenti_e_collaboratori/

Tabella 29 Cessazioni per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2023

CESSAZIONI	DONNE					UOMINI				
	< = 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	< = 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
dirigenza medica		7	6	4	1		8	9	3	5
dirigenza sanitaria				1			1			
comparto sanitario	9	12	9	17	12	3	6	1	1	2
comparto sociosanitario		1	2	5	4	1	1			
comparto tecnico							1	1	7	1
comparto amministrativo	2	4		1	5	1				
totale	11	24	17	28	22	5	17	11	11	8
% sul personale complessivo	7,14	15,58	11,04	18,18	14,29	3,25	11,04	7,14	7,14	5,19

Tabella 30 Cessazioni per mobilità in uscita analizzate per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2023

CESSAZIONI	DONNE					UOMINI				
	< = 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	< = 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
DI CUI IN MOBILITÀ										
dirigenza medica			1				1			
dirigenza sanitaria				1			1			
comparto sanitario	2	4	2	2		1	1	1	1	
comparto sociosanitario			1	1		1	1			
comparto tecnico								1		
totale	2	4	4	4		2	4	2	1	
% sul personale complessivo	8,70	17,39	17,39	17,39	0,00	8,70	17,39	8,70	4,35	0,00

Tabella 31 Dimissioni analizzate per categoria contrattuale, per genere e fasce d'età al 31/12/2023

DIMISSIONI	DONNE					UOMINI				
	< = 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	< = 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
dirigenza medica		7	5	4	1		6	9	3	1
comparto sanitario	6	8	7	3		2	5			
comparto sociosanitario		1	1							
comparto tecnico							1		2	
comparto amministrativo		2								
totale	6	18	13	7	1	2	12	9	5	1
% sul personale complessivo	8,11	24,32	17,57	9,46	1,35	2,70	16,22	12,16	6,76	1,35

Tabella 32 Collocati a riposo analizzati per categoria contrattuale e per genere al 31.12.2023

COLLOCAMENTO A RIPOSO	DONNE	UOMINI
dirigenza medica		4
comparto sanitario	24	2
comparto sociosanitario	8	
comparto tecnico		6
comparto amministrativo	6	
totale	38	12
% sul personale complessivo	76,00	24,00

Tabella 33 Collocati a riposo analizzati per categoria contrattuale, con evidenza dei responsabili e direttori e per genere al 31.12.2023

COLLOCAMENTO A RIPOSO	DONNE	UOMINI
dirigenti responsabili SC		1
dirigenti responsabili SS		1
dirigenti		2
comparto posizionati	4	1
comparto	34	7

Tabella 34 Previsione, al 31.12.2023, dei pensionamenti 2024 (per categorie contrattuali)

	n.
dirigenza area sanità	5
dirigenza funzioni locali	0
comparto sanitario	20
comparto sociosanitario	7
comparto tecnico	4
comparto amministrativo	4

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;
- l’espletamento di un numero elevato di concorsi sia per ricoprire i primariati vacanti sia per allocare il più possibile risorse stabili e limitare il ricorso a cooperative.

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 2023 – 2025, 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. La regione richiede infatti il mantenimento di tale documento che la normativa del PIAO avrebbe previsto di inglobare nello stesso.

Si procede alla definizione del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale su richiesta annuale da parte della Regione Piemonte, secondo il format definito a livello regionale. L'Azienda procede all'adozione del suddetto Piano di Fabbisogno previa approvazione da parte della Regione.

L'attuale PTFP dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo riguarda il triennio 2022 – 2024, è stato approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 30-7328/2023/XI del 31.07.2023 e successivamente adottato con deliberazione n. 378 del 24.08.2023.

Al momento non sono ancora pervenute richieste di aggiornamento annuale da parte della Regione.

La Direzione intende proseguire sulla via della copertura dei posti vacanti a partire dai Responsabili di struttura semplici e complesse.

Tabella 35 Fruizione congedi parentali per ex Legge 104/1992 analizzati per tipologia e per genere al 31.12.2023

	Uomini		Donne		Totale	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
n. dipendenti che hanno fruito di permessi giornalieri L.104/1992	40	1,70	169	7,19	209	8,89
n. dipendenti che hanno fruito di permessi orari L.104/1992	6	0,26	4	0,17	10	0,43
n. dipendenti che hanno fruito di permessi giornalieri per congedi parentali	37	1,57	255	10,84	292	12,41
n. dipendenti che hanno fruito di permessi orari per congedi parentali	3	0,13	7	0,30	10	0,43

Tabella 36 Situazione dipendenti analizzati per genere che hanno chiesto di cedere a titolo gratuito ferie e riposi solidali

	Uomini		Donne	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
N. dipendenti che hanno fatto richiesta di cedere a titolo gratuito ferie e riposi solidali (anno 2023).	0	0,00	0	0,00

Gli Accordi sindacali¹¹⁰ per la dirigenza ed il comparto sono regolarmente pubblicati nell'apposita area del portale in Amministrazione Trasparente.

L'AO stipula convenzioni ed accordi finalizzate ad espletare, annualmente, prestazioni di collaborazione a favore di enti pubblici, per il tramite di personale dipendente, per prestazioni di lavoro specialistiche sia da parte di clinici che di tecnici, al di fuori dell'orario di servizio, tramite regolare autorizzazione e previa verifica del mantenimento dell'efficacia organizzativa aziendale.

¹¹⁰ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/contrattazione_integrativa/

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.

Il SSN, a differenza delle altre PA, dal 2002 con l'avvio del sistema ECM richiede agli operatori sanitari 150 crediti nell'arco di un triennio, che equivale a 50 ore annue con formazione specifica rispetto alle singole professioni¹¹¹.

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

- iniziative formative organizzate all'interno dell'Azienda (formazione in sede)
- iniziative formative organizzate da soggetti esterni all'Azienda che ne autorizza la partecipazione con oneri a proprio carico nella misura in cui ciò si configuri come investimento istituzionale (formazione fuori sede)
- 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

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.

Per quanto attiene la formazione in sede viene effettuata annualmente un'analisi dei bisogni formativi che precede la discussione dei *budget*.

I corsi definiti di "livello strategico" comprendono tutta l'attività formativa top-down, considerata obbligatoria per vincoli di legge, per adeguamento a standard, per risposta a requisiti normativi; l'attività formativa a questo livello è da considerarsi trasversale, risponde cioè a obiettivi aziendali, e per questo coinvolge un gran numero di operatori appartenenti a tutti i profili professionali.

La formazione di livello strategico e non, è gestita interamente dalla Struttura Formazione e Valutazione degli Operatori (in termini di *budget*, di accreditamento, di progettazione, di scelta dei destinatari, di organizzazione del corso e sua erogazione e valutazione). I corsi definiti di "Dipartimento e/o Struttura" comprendono tutta l'attività formativa bottom-up promossa: dai Dipartimenti e/o dalle singole Strutture. Nell'ultimo trimestre di ogni anno, ai Direttori di Dipartimento e/o delle singole Strutture e ai Direttori/Responsabili di Strutture non dipartimentalizzate,

¹¹¹ Da Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della *performance* individuale, Ministro della Pubblica Amministrazione, 30 novembre 2023 in <https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/dipartimento/29-11-2023/nuove-indicazioni-materia-di-misurazione-e-di-valutazione-della-performance>

viene richiesto di esprimere su apposita modulistica le proposte formative per l'anno successivo. Per la raccolta 2023 sul 2024 è stata attivata una piattaforma che velocizzerà il processo di analisi e sintesi di quanto inviato.

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.

L'offerta formativa riportata nel Piano Formativo Aziendale sviluppa tutte le metodologie previste da ECM: formazione residenziale (RES), sul campo (FSC), a distanza (FAD). Viene privilegiata la forma residenziale per l'erogazione di corsi a carattere strategico che coincidono con gli obiettivi di sistema, rivolti a specifiche categorie di professionisti; la formazione sul campo invece, è la metodologia scelta per eccellenza in riferimento agli obiettivi di processo che mirano a migliorare le competenze di uno specifico contesto lavorativo; la formazione a distanza verrà incrementata soprattutto per facilitare la conoscenza di temi obbligatori per legge destinati al maggior numero di operatori possibile, oppure per approfondire percorsi già avviati o ancora per porre le basi di accesso a una formazione che prevede un livello di approfondimento successivo.

Il finanziamento della formazione in sede attinge a un *budget* assegnato e monitorato annualmente alla Struttura FVO.

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

Le regole per usufruire della formazione in sede e fuori sede sono messe a conoscenza dei dipendenti e monitorati dalla Struttura stessa, in base ad un Regolamento in corso di revisione. 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.

Per quanto attiene la formazione fuori sede - sponsorizzata e non - 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* specifico viene assegnato annualmente al Direttore di Dipartimento, gestito contabilmente e monitorato dalla Struttura FVO.

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.

L'Azienda favorisce 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 in cui può verificare la 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.

In relazione a quanto previsto dalla Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione circa le nuove indicazioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale emessa a dicembre 2023¹¹², l'Azienda garantisce per tutti i dipendenti in servizio almeno 24 ore di formazione all'anno a partire dai corsi di

¹¹² https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/performance_individuale-nuove_indicazioni_misurazione_e_valutazione.pdf

formazione obbligatoria tra cui quelli sulla sicurezza e la gestione del rischio a diversi livelli, compreso quello corruttivo.

Come descritto nel Piano di Organizzazione Aziendale la Struttura FVO, oltre a gestire la formazione in sede e fuori sede, si occupa anche delle attività atte a garantire il mantenimento del ruolo di Provider Regionale ECM (manutenzione del sistema di qualità della formazione). Nel mese di agosto 2023, la Struttura FVO ha ottenuto il rinnovo dell'Accreditamento cui seguirà, verosimilmente nel 2024, una verifica ispettiva regionale sul campo.

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

- Osservatorio Regionale per la Qualità della Formazione - di regola con impegno mensile e comunque nel rispetto del calendario definito dalla Regione stessa (componente il Referente Formazione)
- Tavolo delle Aziende Sanitarie (sono membri i Responsabili e i Referenti delle AA.SS.RR.)
- Auditor e Verificatore Regionale delle Strutture Formazione delle AA.SS.RR. (il Referente Formazione a seguito di formazione specifica).

Rispetto alle linee di indirizzo contenute nel richiamato D.M. 8 maggio 2018, le LL.GG 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.

Il riconoscimento dei permessi retribuiti per studio (cd 150 ore) è regolamentato in Azienda e gestito dalla Struttura FVO tenuto conto di quanto previsto dal CCNL del comparto. Annualmente viene emesso un avviso in cui sono descritte le modalità di richiesta e di valutazione per l'anno solare successivo. 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.

La Struttura FVO gestisce inoltre 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 Scuole secondarie superiori per tirocini di studenti (cd PCTO – percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento - ex ASL alternanza scuola-lavoro).

L'Azienda è inoltre 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 Torino¹¹³.

L'Azienda collabora inoltre attivamente alla formazione universitaria mediante l'attività di docenza espletata dai propri professionisti nell'ambito di diversi corsi di laurea e di specializzazione.

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”¹¹⁴¹¹⁵, tutti gli enti pubblici sono tenuti ad elaborare una

¹¹³ www.unito.it

¹¹⁴ adottate in attuazione dell'art. 5 del DL n.36/2022

¹¹⁵ https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/Linee_guida_sulla_Parita_di_Genere.pdf

check list 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.

In assenza di chiare indicazioni circa la collocazione di questa parte nel PIAO vengono inserite in questa sezione, a partire dalle valutazioni dello stato di attuazione del PAP 2023¹¹⁶, le iniziative auspicate nel 2024, al momento della redazione del presente documento (Tabella 37) e al netto della riprogrammazione che potrebbe essere messa in atto dal CUG che dovrebbe essere ricostituito. L'orientamento che l'Azienda intende continuare a perseguire prevede il confronto operativo con altre realtà esterne all'Azienda, sia territoriali sia per le singole tematiche, proponendo un miglioramento del confronto tra i diversi referenti aziendali soprattutto in occasione della pianificazione e della rendicontazione.

Tabella 37 Piano di azioni in tema di pari opportunità, welfare, antidiscriminazione, sostegno agli operatori

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Tutela e supporto operatori	Sorveglianza sanitaria	MC
	Formazione sulla sicurezza come da PFA (Legge 81, Rischio Clinico)	FVO SPP RC
	Diffusione del Codice di comportamento: <ul style="list-style-type: none"> – micro pillole sulla rete intranet aziendale – formazione programmata – formazione specifica a richiesta – monitoraggio rispetto del Codice aziendale 	FPCT UIPD FVO DIPSA SIA
	Corretto utilizzo social e dispositivi di comunicazione aziendale, <i>app</i> di messaggistica: <ul style="list-style-type: none"> – 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
Supporto in tema di disagio lavorativo	<ul style="list-style-type: none"> – Ricostituzione CUG – riesame della procedura CUG PG –Gestione segnalazioni discriminazione e disagio lavorativo Rev. 0 – individuazione di modalità di monitoraggio aziendali; – comunicazioni che ricordino le funzioni del CUG. delle sue funzioni e del suo funzionamento – punto di ascolto, raccolta di proposte e difficoltà 	CUG
Promozione della salute dei lavoratori ai sensi dell'art. 25 del d.L.gs 81/08	Corso di <i>mindfulness</i> Corso di Embodimetria	Medicina del Lavoro SPP Servizio di Psicologia Recupero e riabilitazione funzionale FVO
<i>Whistleblower</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Riesame della procedura aziendale ad attivazione della piattaforma informatica – diffusione ai dipendenti con i consueti canali comunicativi aziendali – visualizzazione dal portale aziendale – monitoraggio semestrale del funzionamento e dell'andamento delle segnalazioni tramite canale <i>whistleblowing</i> e delle eventuali segnalazioni ad ANAC di ritorsioni 	FPCT

¹¹⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Contrasto ad ogni forma di discriminazione	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio specifico delle infrazioni disciplinari riconducibili alle questioni di discriminazione - sensibilizzazione; - formazione; - in collaborazione con la rete antidiscriminazione - diffusione di formazione pre selezionata¹¹⁷; - possibilità di confronto con la Consigliera di Parità provinciale, Consigliera di Parità regionale, UNAR - partecipazione alla Rete antidiscriminazione 	CUG Amministrazione del Personale OO.SS. FPCT URP
Monitoraggio servizio rivolto a persone straniere con barriere linguistico culturale	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta bisogni e segnalazioni di utenza e personale - Rendicontazione servizio - Individuazione di eventuali criticità e strategie di superamento 	Referente aziendale mediazione interculturale URP
Monitoraggio servizio rivolto a persone in regime detentivo	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione procedura per l'accoglienza e presa in carico delle persone in regime detentivo - Monitoraggio 	DIPSA Cdg
<i>Governance e monitoraggio della diversity e della gender parity in Azienda in ottica di inclusività e valorizzazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Riesame delle modalità di reclutamento persone ex Legge 68 - Individuazione di un percorso di inserimento - Valutazione estensione ad altre categorie di intervento - Monitoraggio periodico delle condizioni, raccolta bisogni e dispositivi; pianificazione accomodamenti ragionevoli in relazione agli obiettivi di Accessibilità ed alla Dichiarazione di accessibilità 	Responsabile dei percorsi di inserimento delle persone con disabilità RTD CUG
Accessibilità	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione abbattimento barriere strutturali nelle ristrutturazioni e sensoriali (ripristino barre a terra per guida non vedenti); - adesione al progetto regionale comunicazione LIS tramite <i>app</i> e <i>tablet</i> con persone non udenti 	Tecnico Referente Umanizzazione CUG Responsabile dei percorsi di inserimento delle persone con disabilità
	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizzazione dei produttori di testi e materiali web e digitali in AO tramite la diffusione di specifiche indicazioni 	Comunicazione e ufficio stampa
	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento di leggibilità e facilità di ricerca del portale aziendale 	URP Comunicazione e ufficio stampa CUG
	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta contributi per la progettazione del nuovo ospedale in termini di accessibilità, inclusività, percorsi di umanizzazione e miglioramento, welfare aziendale 	CUG Referente umanizzazione PAAT-Conferenza di Partecipazione e URP Responsabile dei percorsi di inserimento delle persone con disabilità

¹¹⁷ <http://eventipa.formez.it/node/374345#:~:text=Riforma%2DMentis%20C3%A8%20il%20corso,di%20genere%20e%20alle%20pari>

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Promozione parità di genere Attuazione decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80	<ul style="list-style-type: none"> – 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
“	<ul style="list-style-type: none"> – 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).	<ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> – Monitoraggio annuale partecipanti/richieste in ottica di genere 	FVO DIPSA
	Elaborazione sistematica dei dati in forma disaggregata per genere dei dati richiesti nelle relazioni di pertinenza	Amministrazione del Personale CdG FVO CUG
Promozione culturale per la promozione della parità e valorizzazione di genere	<ul style="list-style-type: none"> – Partecipazione attiva alla progettazione, attuazione e valutazione dei momenti previsti da 8 marzo è tutto l’anno (gennaio per marzo; settembre per novembre); – 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	<ul style="list-style-type: none"> – Avvio progetto Linguaggio inclusivo – costruzione di cartella intranet in cui inserire documenti di utilità per la promozione dell’inclusività – diffusione Strategie linguaggio inclusivo – monitoraggio campione documenti istituzionali scritti – rilevamento bisogno informativi – pianificazione riesame documentazione sanitaria 	CUG DIPSA Consigliera di Parità provinciale Rete antidiscriminazione
Medicina di genere e delle differenze	<ul style="list-style-type: none"> – 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
	<ul style="list-style-type: none"> – Partecipazione attiva alle iniziative sollecitate da ONDA –Bollini rosa 	Referente Empowerment CUG Referente aziendale per la Medicina di Genere

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
	Implementazione e monitoraggio dei percorsi aziendali persone <i>transgender e gender fluid</i>	Pronto Soccorso DIPSA CUG Referente Umanizzazione
Iniziative di contrasto alla violenza: Donne e minori vittime di violenza	<ul style="list-style-type: none"> – Monitoraggio del fenomeno attraverso indicatori predefiniti – Diffusione della documentazione aziendale revisionata – Confronto periodico tra i punti di riferimento aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> – Gruppo aziendale contrasto violenza di genere – Gruppo aziendale contrasto violenza sui minori – 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 Cuneo118 	Rischio Clinico SPP FVO
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; – Monitoraggio specifico delle infrazioni disciplinari riconducibili alle questioni di genere; – Individuazione di modalità di monitoraggio aziendali; – Sensibilizzazione; – Formazione; – Diffusione di formazione pre selezionata; – 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.	CUG Referente aziendale Empowerment Gruppi multidisciplinari aziendali
“	Partecipazione alla rete regionale sul tema complessivo della prevenzione e gestione della violenza sui minori.	CUG Referente aziendale Empowerment Gruppi multidisciplinari aziendali

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Inserimento neoassunti	<p>Accoglienza dei Direttori neoassunti per presentazione linee aziendali Accoglienza dei dirigenti neoassunti per presentazione aziendale Accoglienza del personale di comparto neoassunto secondo percorso</p> <p>Accoglienza degli specializzandi e dei diversi soggetti che frequentano l'Azienda per motivi formativi per presentazione aziendale</p> <p>Implementazione di schema formalizzato di accoglienza per il personale tecnico amministrativo neoassunto</p>	Direttore Generale Direttore di Dipartimento FVO DIPSA FVO CUG
Inserimento neotrasferito interno	<p>Attuazione percorsi di inserimento e affiancamento. Valutazione di programmi sperimentali di <i>mentorship</i> che valorizzino il passaggio di esperienze inter-genere oltre che inter-generazionale.</p> <p>Implementazione di schema formalizzato di accoglienza per il personale tecnico amministrativo neotrasferito.</p>	DIPSA CUG
Valorizzazione: opportunità di crescita professionale	<ul style="list-style-type: none"> – Supporto e partecipazione nella scrittura di articoli originali per pubblicazione su riviste <i>peer-reviewed</i>; – Supporto nell'analisi critica di articoli scientifici; – Supporto alla produzione di <i>abstract</i>, 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 Territoriale Interaziendale; – Revisione linguistica e traduzione di testi scientifici in lingua italiana o inglese 	DIPSA
	<p>Affiancamento a dipendenti per la costruzione di percorsi di tesi, <i>project work</i> e lavori di approfondimento su temi di interesse aziendale</p>	CUG
	<p>Gestione e rendicontazione permessi di studio (cd 150 ore)</p>	FVO
Valorizzazione del personale	<p>Promozione di forme di partecipazione attiva e proattiva all'interno di AO (<i>call action</i>) es. <i>Calls for proposal</i>" da proporre agli studenti dei corsi di laurea magistrale con <i>topics</i> specifici e premiare il miglior progetto oppure concorso interno per il miglior progetto organizzativo/di ricerca</p>	CUG DIPSA
Consulenza etica e formazione attraverso comunità di pratica	<p>Pianificazione modalità di lavoro per supportare i professionisti sulle tematiche e apportando contributi utili alla "pratica clinica" Raccolta bisogni formativi e informativi Avvio del gruppo di lavoro</p>	Gruppo aziendale di Etica e Bioetica
Promozione della cultura della leadership	<p>Percorsi di formazione, tutoraggio e affiancamento</p>	DIPSA CUG DSP FVO
Conciliazione vita-lavoro/sostegno alla genitorialità	<ul style="list-style-type: none"> – 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

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
	Micronido aziendale	DSP PAAT
	Monitoraggio evoluzione progetto presentato a ottobre 2023 rispetto a bando regionale Attivazione di servizi per la prima infanzia nelle aziende sanitarie e ospedaliere piemontesi per la realizzazione di interventi di promozione del welfare aziendale di cui alla D.G.R. n. 17-7315 del 31 luglio 2023	PAAT Tecnico
	Esame opportunità connesse al Piano <i>Welfare</i> incentivato dalla Regione Piemonte in collaborazione con altre realtà del territorio	CUG Direzione Aziendale
Flessibilità lavorativa	Rilevazione di richieste e analisi dei presupposti per l'attivazione di lavoro da remoto Analisi fattibilità lavoro <i>smart</i>	Direttore Amministrativo Amministrazione del Personale 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
Part time	<ul style="list-style-type: none"> – Gestione del percorso di richiesta, riconoscimento e monitoraggio del <i>part time</i>. – 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
Permessi ex legge n. 104/1992 per l'accudimento di familiari	<ul style="list-style-type: none"> – 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
Facilitazione amministrativa	Diffusione del servizio offerto dallo Sportello Sociale in collaborazione con i Patronati	DSP- Servizio Sociale
Clima e benessere organizzativo	Valutazione fattibilità di costruzione, attuazione, analisi dei dati emersi da analisi tramite strumenti digitali di temi riconducibili al clima ed al benessere organizzativo	CUG Medicina del Lavoro FQA SID
<i>Mobility manager</i>	Analisi del contesto normativo e studio delle modalità operative per la nomina ed il funzionamento	Direttore Amministrativo
Promozione della salute complessiva	Promozione di attività di sensibilizzazione, informazione, formazione, educazione e monitoraggio attivo in relazione a campagne e giornate aziendali ed extraaziendali, in collaborazione con Associazioni, Società scientifiche ed enti a vario titolo privati e pubblici	Referente <i>empowerment</i> e umanizzazione Conferenza di partecipazione
	Diffusione delle iniziative rivolte alla cittadinanza all'interno dell'AO pertanto usufruibili anche dal personale; in alcuni casi possibilità di spazi riservati	Referente <i>empowerment</i> e umanizzazione Medicina del Lavoro SPP CUG

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Valorizzazione dei dipendenti	Individuazione di iniziative di congedo del personale in congedo e di possibili forme di volontariato aziendale	PAAT CUG Referente Umanizzazione Conferenza di Partecipazione
<i>Welfare culturale in One Health</i>	Promozione di iniziative culturali all'interno ed all'esterno dell'AO finalizzate alla promozione di benessere a livello sistemico Partecipazione a reti strutturate	CUG Referente Umanizzazione Medicina del lavoro PAAT
	Valorizzazione del patrimonio storico e artistico aziendale in collaborazione con enti, università ed agenzie e reti (ACOSI, SASP, DAIRI) diffusione e prosecuzione lavori organizzazione di visite guidate in presenza e virtuali	PAAT
Trasparenza e comunicazione	Individuazione di tematiche da diffondere tramite 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
Ambiente	Periodiche iniziative di sensibilizzazione ai dipendenti ed agli utenti finalizzate al risparmio energetico	Energy manager

Sezione 4 Monitoraggio

Disposizioni normative

All'art. 5¹¹⁹ 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, comma1, 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 monitoraggi consolidato 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 e organismi, 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 Sindacale¹²⁰);
- 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 gestionale¹²¹.

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.

¹¹⁹ 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

¹²⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

¹²¹ 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.

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 *stakeholder* è per l'Azienda elemento altrettanto importante da considerare.

Tabella 38 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	Documento di riferimento/timing (se diverso da annuale)
Valore Pubblico	Direzione	Relazione Performance
Elementi di contesto esterno	Comunicazione e ufficio stampa FPCT	PIAO e Relazione Performance rassegna stampa
Elementi di contesto esterno e rischio normativo	Comunicazione e ufficio stampa, FPCT, Legale	Relazione Performance
Elementi di contesto interno: dati attività, produzione e costi	Controllo di Gestione	PIAO e Relazione Performance relazioni ad hoc
Elementi di contesto interno: integrità, trasparenza, comportamento dipendenti	RPCT Legale UIPD	PIAO e Relazione Performance relazione ANAC (15.01)
Elementi di contesto interno: dati attività, personale, formazione	Amministrazione del Personale/FVO OIV ¹²²	PIAO e relazioni periodiche (ad oggi non note le modalità triennale)
Elementi di contesto interno: eccellenze, elementi essenziali per l'utenza	Comunicazione e ufficio stampa, FQA, DSP-Umanizzazione	PIAO e Relazione Performance
Gestione del rischio: contenzioso	Legale DSP	Relazione contenzioso

¹²² Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022, dal 2024

Area di riferimento	Responsabile	Documento di riferimento/timing (se diverso da annuale)
Gestione del rischio: sicurezza e salute dei lavoratori	SPP MC	Relazione rischio clinico 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 Performance
Performance: Tempi e liste di attesa	Controllo di Gestione	Pubblicazioni su Amministrazione Trasparente
Performance: Appropriatezza	Controllo di Gestione	Verbali OIV, Relazione Performance
Performance: Flussi informativi	SID Controllo di Gestione	Flussi
Trasparenza e anticorruzione	RPCT	Indicatori di Monitoraggio; Misure di contrasto; Report applicativo gestionale Relazione annuale ANAC (15.01) Attestazione obblighi di pubblicazione da OIV (su indicazione ANAC)
accessi	RPCT	Registro accessi (semestrale)
<i>Whistleblowing</i>	RPCT	Report segnalazioni, utilizzo e funzionamento canali previsti
Comportamento dipendenti	RPCT	Relazione annuale ANAC (15 gennaio di ogni anno) dati UIPD dati Servizio Ispettivo Interno dati Amministrazione del Personale dati CUG dati FQA monitoraggio regolamenti dati RM <i>incident reporting</i>
Antiriciclaggio	Gestore segnalazioni antiriciclaggio	Relazione annuale
<i>Performance</i>	Responsabile gestione documentale	Relazione Performance
Performance: livelli di qualità	FQA	Riesame qualità: report indagini ed audit monitoraggio indicatori
<i>Performance</i> e Trasparenza: misure attuata con i fondi PNRR	Referente aziendale PNRR	Monitoraggi e Relazioni specificamente richieste (REGIS)
<i>Performance</i> e Trasparenza: avanzamento nuovo ospedale	Gruppo di lavoro aziendale	Relazione <i>Performance</i>
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 <i>Empowerment</i>	Impegni dichiarati nella Carta dei Servizi; quadro sinottico progetti di umanizzazione ed <i>empowerment</i> Relazione <i>Performance</i>

Area di riferimento	Responsabile	Documento di riferimento/timing (se diverso da annuale)
	PAAT	Report indagini di soddisfazione
	PAAT	Verbal riunioni Conferenza di Partecipazione
Iniziative parità di genere	CUG	Relazione CUG (30.03)
Formazione aziendale	FVO	Rendicontazione aziendale su piattaforma regionale
Lavoro agile	Amministrazione del Personale/ /OSRU OIV ¹²³	Relazione <i>Performance</i> triennale
<i>Stakeholder</i>	Gruppo lavoro PIAO	Relazione <i>Performance</i>
Valutazioni individuali	FVO	Relazione <i>SIMIVAP</i>

In fase di rendicontazione del monitoraggio si renderà evidenza della realizzazione 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 s.m.i.

Nella Relazione SiMiVaP¹²⁴, se verrà confermato l'obbligo di redazione, si sintetizzeranno i dati connessi alla valutazione del personale secondo quanto previsto nel SiMiVaP¹²⁵.

Per gli accertamenti delle disposizioni di cui all'articolo 1, commi da 56 a 65, della legge n.662/1996 e s.m.i. 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 stakeholder 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 e 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'OIV¹²⁶.

¹²³ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022, dal 2024

¹²⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1041>

¹²⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

¹²⁶ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022

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 monitoraggio¹²⁷ sull'attuazione di quanto previsto dai PIAO pubblicati sul portale¹²⁸, 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. 3¹²⁹ 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 *stakeholder*, 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 servizi¹³⁰ 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 generalizzato¹³¹ e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie.

L'attività periodica della Conferenza di Partecipazione¹³² e 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'URP¹³³ e attraverso segnalazioni-reclami¹³⁴ ed indagini di soddisfazione che riprenderanno con nuove modalità semplificate. Conseguentemente verrà riesaminata la Commissione Mista Conciliativa¹³⁵ ed il relativo Regolamento di Pubblica Tutela¹³⁶.

In caso di segnalazioni di illecito pervenute attraverso l'istituto del *whistleblowing* si provvederà a verificare il rispetto della procedura aziendale¹³⁷ e, in caso di rilevata fondatezza, al termine delle istruttorie, la necessità di azioni correttive e di miglioramento per evitare il ripetersi dell'evento indesiderato.

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

¹²⁷ art. 13 del DPR n. 132 del 30.06.2022

¹²⁸ <https://piao.dfp.gov.it/plans>

¹²⁹ 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

¹³⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

¹³¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=563>

¹³² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

¹³³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=56>

¹³⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=175>

¹³⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

¹³⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

¹³⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

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 s.m.i.
- 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
- D.lgs. 36/2023 cd Codice dei contratti Pubblici
- Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023¹³⁸
- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023¹³⁹
- Delibera ANAC n. 585 del 13 dicembre 2023¹⁴⁰
- Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023 a modificazione della Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023¹⁴¹
- Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023¹⁴²
- Comunicazione ANAC del 10.01.2024 modalità acquisiti inferiore a € 5000¹⁴³
- Comunicazione ANAC del 10.01.2024 abrogazione adempimenti art 1 co 32 legge 190/2012¹⁴⁴.

¹³⁸ La delibera – «*Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l’integrazione con i servizi abilitanti l’ecosistema di approvvigionamento digitale*” - individua le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche.

¹³⁹ <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-582-del-13-dicembre-2023-adozione-comunicato-relativo-avvio-processo-digitalizzazione>

¹⁴⁰ <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-585-del-19-dicembre-2023-linee-guida-sulla-tracciabilit%C3%A0-dei-flussi-finanziari>

¹⁴¹ La delibera – “*Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e relativo allegato 1 - individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell’articolo 37 del decreto trasparenza e dell’articolo 28 del Codice.*”

¹⁴² <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-605-del-19-dicembre-2023-aggiornamento-2023-pna-2022>

¹⁴³ <https://www.anticorruzione.it/-/appalti-interfaccia-web-esteso-anche-agli-affidamenti-diretti-di-importo-inferiore-a-5.000-euro>

¹⁴⁴ <https://www.anticorruzione.it/-/adempimenti-legge-190/2012-art.-1-comma-32-#:~:text=Dal%202024%2C%20enti%20e%20pubbliche,nella%20propria%20sezione%20Amministrazione%20Trasparente.>

Allegati

Modello “*work in progress*”: gli allegati vengono costantemente aggiornati e integrati. Al momento della prima stesura vengono presentati i seguenti documenti:

- Terminologia, acronimi e sigle di maggior utilizzo
- 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 2024
- Maggiori misure di mitigazioni dei rischi e gestione del sistema aziendale complessivo previste per il 2024
- Tabella maggiori *stakeholder*
- Piano di Fabbisogno del Personale

Ulteriori documenti verranno inseriti successivamente, contestualmente alla loro produzione ed ufficializzazione tra cui:

- Obiettivi del Direttore Generale
- Ciclo del *budget* 2024
- PFA 2024
- Bilancio di previsione
- Piano di comunicazione 2023-2024
- Simivap
- Schede SVI
- Stato avanzamento misure di contrasto alla corruzione

Lista di distribuzione

Tutti i dipendenti e tutta la popolazione tramite pubblicazione sul sito web www.ospedale.cuneo.it (area Amministrazione Trasparente-Performance-PIAO).