



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PIAO 2024-2026

- Anno 2024 -

INDICE

PREMESSA	3
Riferimenti normativi e obiettivi	3
1 SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
1.1 Sintesi dei maggiori dati di contesto esterno di riferimento	9
1.2 Sintesi dei maggiori dati aziendali di contesto interno	13
2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	21
2.1 Sottosezione Valore pubblico	21
2.2 Sottosezione Performance	26
2.3 Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza	51
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	99
3.1 Sottosezione Struttura organizzativa	99
3.2 Sottosezione Organizzazione lavoro agile	105
3.3 Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni di personale	106
3.4 Piano azioni positive	121
4 MONITORAGGIO	124
4.1 Monitoraggio Valore Pubblico	124
4.2 Monitoraggio Performance	124
4.3 Monitoraggio Rischi Corruttivi e Trasparenza	126
4.4 Monitoraggio Lavoro Agile	128
5 DOCUMENTI ALLEGATI	129
6 DESTINATARI DEL PIANO	129

PREMESSA

RIFERIMENTI NORMATIVI E OBIETTIVI

L'articolo 6 del D.L. 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'Asl Cn2 è soggetta a questo adempimento.

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

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

Il DPR n. 81 del 24 giugno 2022 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato in GU n.151 del 30-6-2022 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 in G.U. n.209 il 7 settembre 2022, ha definito il contenuto del PIAO.

Il PIAO è riferimento essenziale anche per i requisiti di accreditamento istituzionale previsti dalla Regione Piemonte.

¹ DPR 81/2022, art.1, c. 1.

In esso, infatti, sono descritti:

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

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

Redazione del PIAO

Con deliberazione n. 945 del 14 dicembre 2023 è stato costituito il gruppo di gestione operativa del PIAO.

Il coordinatore del gruppo di lavoro è il Responsabile della S.S. Programmazione e Controllo che è anche il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (d'ora in poi RPCT).

Il Piano è predisposto in formato digitale² ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri³ e sul sito istituzionale dell'Asl Cn2⁴ nell'area Amministrazione Trasparente.

La prospettiva triennale del PIAO consente, fermo restando gli adattamenti conseguenti all'adozione delle modifiche dell'Atto Aziendale e in funzione della riassegnazione degli incarichi, di programmare un percorso di sviluppo in cui rendere sempre più integrato il sistema che il PIAO dovrebbe rappresentare, stabilendo per ogni azione:

- la figura del responsabile;
- gli obiettivi (risultati intermedi e finali);
- le modalità attuative;
- gli indicatori di monitoraggio intermedi e finali che possano, in un'ottica sempre più allargata al territorio su cui l'Azienda insiste, migliorare la conoscenza dei bisogni della popolazione che si rivolge al SSN;
- l'offerta;
- la distanza fra l'espressione del bisogno di salute e la risposta;
- l'individuazione di indicatori di outcome che, attraverso modalità partecipate con gli stakeholder, possano consentire di misurare gli impatti sulla salute della popolazione e la realizzazione della mission dell'Asl.

Attraverso questo confronto sinergico e costante può scaturire la costruzione del Valore Pubblico nell'accezione intesa dal legislatore, in cui l'Asl e i suoi operatori svolgono un ruolo significativo, effettuando periodicamente un riesame di cosa dovrebbe essere modificato. Tutto ciò in un'ottica di miglioramento continuo e di fattibilità che, attraverso una comunicazione assertiva, trasparente ed efficace consenta di

² art. 7 del DPR n.132 del 30.06.2022.

³ <https://piao.dfp.gov.it/plans/digitando Azienda Sanitaria Locale Cn2 Alba-Bra>

⁴ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/piano-integrato-di-attivita-ed-organizzazione/>

analizzare serenamente i punti di forza e le criticità e di individuare soluzioni condivise per il benessere sociale sia in un contesto ordinario sia in un eventuale quadro emergenziale.

Il PIAO⁵ elaborato ai sensi del Decreto del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 132 del 30.06.2022 assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria. L'art. 2, co 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 D.L. 9 giugno 2021, n. 80. Tuttavia, ritenendo inscindibili gli aspetti economici da quelli di programmazione previsti dal PIAO, l'Asl 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.

I soggetti coinvolti

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);
- il Gestore delle segnalazioni per l'anticiclaggio (Referente anticiclaggio);
- i Referenti aziendali del Piano Prevenzione Anticorruzione e Trasparenza coinvolti nella valutazione del rischio corruttivo e negli adempimenti relativi alla trasparenza;
- il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della Stazione Appaltante (RASA);
- il Responsabile della Transizione Digitale (RTD);
- la Data Protection Officer (DPO);
- i referenti aziendali per il PNRR - missione 6;
- il Comitato Unico di Garanzia (CUG);
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il Collegio Sindacale interviene successivamente all'adozione formale del documento.

Nel mese di dicembre si è provveduto a inviare la richiesta di dati e proposte ai Responsabili delle strutture maggiormente coinvolte a livello centrale nella pianificazione delle azioni volte al raggiungimento dei macro-obiettivi derivanti sia dal mandato del Direttore Generale, sia dalla proroga delle azioni intraprese a seguito della definizione degli obiettivi assegnati dalla Regione per l'esercizio 2023, sia dalle linee di azione prevedibili in questa parte di anno.

⁵ art. 8 del D n. 132 del 30.06.2022.

Iter di adozione del PIAO

È stata convocata una riunione per l'analisi condivisa dei dati e delle proposte pervenute dai Responsabili delle strutture coinvolte a garanzia della più ampia condivisione e diffusione delle informazioni relative alla programmazione aziendale per l'esercizio 2024.

La bozza del PIAO, composta con le informazioni pervenute a inizio gennaio 2024, inserite secondo lo Schema tipo, analizzata con la Direzione Generale è stata posta in consultazione sul sito Internet e Intranet aziendale dal 18.01.2024 al 26.01.2024 e inviata all'OIV. Le osservazioni e le proposte di modifica e integrazione, nonché gli elementi acquisiti dalle Strutture aziendali durante il periodo di consultazione saranno valutate e sottoposte alla Direzione, al fine di pervenire alla stesura definitiva. In caso di modifiche sostanziali verrà nuovamente coinvolto l'OIV.

Il PIAO⁶ è adottato dal Direttore Generale, in qualità di organo di indirizzo politico⁷ con apposito provvedimento.

Le attività previste dalla normativa vigente⁸ sono svolte dall'Asl nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili.

Secondo quanto previsto dal D.F.P. il Piano è pubblicato contestualmente all'adozione del provvedimento sul Portale PIAO⁹.

In assenza di specifiche indicazioni sulla sezione di Amministrazione Trasparente del portale aziendale in cui debba essere pubblicato il PIAO si decide di inserirlo nell'area Altri contenuti e di creare i collegamenti¹⁰ alle sottosezioni relative ai documenti precedentemente in uso al fine di facilitarne il reperimento.

Modifiche del PIAO

Il presente documento potrà essere aggiornato e progressivamente implementato con allegati e link che ne sostanzino e documentino la progressiva attuazione, oltre che in caso di variazioni sostanziali all'organizzazione e ai meccanismi gestionali precedentemente descritti.

⁶ art. 11 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁷ art. 10 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁸ art. 14 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁹ <https://piao.dfp.gov.it>

¹⁰ art.9 del D.lgs. 33/2013

1 SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Tabella 1: Scheda anagrafica Azienda Sanitaria Locale Cn2 Alba-Bra.

Denominazione	Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba – Bra
Indirizzo	Via Vida, 10 – 12051 ALBA
Pec	aslcn2@legalmail.it
Sito internet	www.aslcn2.it
C.F./ P.I.	P.IVA 02419170044
Cod. IPA	as18_alb
Cod. AOO	ADD8514

Informazioni dettagliate sono reperibili sul sito web aziendale.

L'Asl Cn2 Alba-Bra è stata costituita il 1° gennaio 2008 (con D.P.G.R. n. 91 del 17 dicembre 2007). Essa rappresenta la continuazione dell'Azienda Sanitaria Locale 18, risultante dall'unificazione delle disciolte UU.SS.SS.LL. 64 di Bra e 65 di Alba.

Ai sensi e per gli effetti dell'art.3, co 1-bis del D.Lgs. n.229/1999 l'Asl Cn2 Alba-Bra ha personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia imprenditoriale.

La sede legale dell'azienda è sita in Via Vida, 10 in Alba ove sono collocate parte delle strutture tecniche e amministrative oltre alle sedi del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto 2 di Alba. Presso la sede del Presidio ospedaliero unificato "Michele e Pietro Ferrero - Industriali", sito in Strada del Tanaro 7/9 in Verduno, sono collocati gli uffici della Direzione Generale e la restante parte delle strutture tecnico-amministrative. Costituiscono ulteriori dislocazioni operative le sedi degli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra e le ulteriori sedi operative dislocate sul territorio dell'Asl Cn2.

Il complesso delle attività svolte e delle prestazioni erogate dall'Asl Cn2 è individuato nel vigente Atto Aziendale, approvato con Deliberazione n. 201 del 10.03.2023, validato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 30 – 6792 del 27.04.2023, pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente"¹¹ del Sito internet aziendale.

¹¹ <https://www.aslcn2.it/atti-documenti/ii-01-atto-aziendale>

Con deliberazione n. 922 del 5 dicembre 2023 è stata approvata la bozza di modifica dell'Atto Aziendale, al momento sottoposta alla procedura di controllo e approvazione dei competenti Organi regionali.

L'Asl Cn2 è inserita nel Sistema Sanitario della Regione Piemonte, come confermato dalla D.C.R. 22 ottobre 2007, n. 136-39452 e svolge le seguenti funzioni:

- promozione della salute e prevenzione primaria collettiva tramite il Dipartimento di Prevenzione o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati. L'Asl Cn2 esercita, inoltre, su delega della Regione Piemonte, la funzione di vigilanza sull'attività delle strutture, pubbliche e private, operanti sul territorio in ambito sanitario e sociosanitario. L'esercizio di tale funzione è affidato a Commissioni appositamente costituite in applicazione alle vigenti normative;
- tutela della salute per il tramite dei Distretti, del Dipartimento Materno Infantile e del Dipartimento di Salute Mentale. Essa si attua con la progettazione e realizzazione, sulla base dell'analisi sociosanitaria dei bisogni della popolazione e del contesto dell'offerta integrata con i servizi sociali, di percorsi clinico assistenziali mirati a garantire la globale presa in carico dei bisogni socio-sanitari dell'utente;
- erogazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali. L'Asl Cn2 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 nonché ambulatoriale;
- organizzazione della rete assistenziale in attuazione alle disposizioni nazionali e regionali, secondo modalità che permettano di perseguire, con particolare riguardo all'area della cronicità, la continuità delle cure passando dall'adozione di un modello di cura ad un modello di presa in carico del paziente;
- è sede di PS/DEA di 1° livello.

Il contesto dell'offerta dell'Asl Cn2 al 1° gennaio 2024, relativamente all'assistenza ospedaliera, si caratterizza per la presenza del presidio ospedaliero unificato "Pietro e Michele Ferrero – Industriali", cui è seguita la parziale trasformazione dei due vecchi ospedali di Alba e di Bra in sedi territoriali in corso di riqualificazione secondo le previsioni del D.M. n. 77/2022. Sono presenti tre case di cura private accreditate di cui una monospecialistica psichiatrica e una monospecialistica riabilitativa.

L'assistenza specialistica ambulatoriale è assicurata da una rete di punti di erogazione pubblici e privati diffusa su tutto l'ambito territoriale per assicurare la massima accessibilità ai cittadini.

Al 1° gennaio 2024 sono operativi 105 medici di medicina generale, 15 pediatri di libera scelta, 47 medici dedicati al servizio di "Continuità Assistenziale" (ex Guardia Medica) la cui attività è finalizzata a garantire l'assistenza primaria, 25 specialisti ambulatoriali convenzionati dedicati alle cure primarie (di cui 13 psicologi, 10 veterinari, 2 medici che svolgono vaccinazioni con contratto come ATP - Attività Territoriali Programmate), oltre a 15 medici che lavorano presso il DEA. Dal 16 gennaio 2024 sono state assunte due ulteriori unità: 1 medico specialista ambulatoriale interno e 1 veterinario.

La rete dei servizi sanitari e sociosanitari si articola altresì in: centri di salute mentale, servizi per le dipendenze patologiche, consultori, hospice, strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili

fisici – psichici, strutture di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS), Residenze per l’Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS).

1.1 SINTESI DEI MAGGIORI DATI DI CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Tabella 2: contesto territoriale.

Parametro	Distretto 1 – Alba	Distretto 2 - Bra
Superficie (kmq)	793,1	329
Territorio	<p>Il territorio (alto collinare) occupa la parte nord-orientale della provincia di Cuneo ai confini con la provincia di Asti e, più a sud, con quella di Savona.</p> <p>Sezionandolo nella direzione nord-sud, alla longitudine di Alba, se ne ottiene il profilo altimetrico più indicativo: con la minima di 170 m. s. l. m. alle sponde del Tanaro e con la massima di quasi 900 m. alla balza di Mombarcaro.</p>	<p>Il territorio, pianeggiante e basso collinare, è dislocato al confine tra le province di Asti e Torino.</p>
Popolazione al 31/12/2022	103.168	65.904
Densità di popolazione (ab/kmq)	130,8	200,3
N. Comuni	64	11

Figura 1: Territorio Asl Cn2



Comuni del distretto 1: Alba, Albaretto della Torre, Arguello, Baldissero d’Alba, Barbaresco, Barolo, Benevello, Bergolo, Borgomale, Bosia, Bossolasco, Canale, Castagnito, Castelletto Uzzone, Castellinaldo d’Alba, Castiglione Falletto, Castiglione Tinella, Castino, Cerretto Langhe, Cissone, Corneliano d’Alba, Cortemilia, Cossano Belbo, Cravanzana, Diano d’Alba, Feisoglio, Gorzegno, Govone, Grinzane Cavour, Guarene, Lequio Berria, Levice, Magliano Alfieri, Mango, Monchiero, Monforte d’Alba, Montà, Montaldo Roero, Montelupo Albese, Monteu Roero, Monticello d’Alba, Neive, Neviglie, Niella Belbo, Novello, Perletto, Pezzolo Valle Uzzone, Piobesi d’Alba, Priocca, Rocchetta Belbo, Roddi, Roddino, Rodello, S. Benedetto Belbo, S. Giorgio Scarampi, S. Stefano Belbo, S. Stefano Roero, Serralunga d’Alba, Serravalle Langhe, Sinio, Torre Bormida, Treiso, Trezzo Tinella, Vezza d’Alba.

Comuni del distretto 2: Bra, Ceresole d’Alba, Cherasco, La Morra, Narzole, Pocalpagna, Sanfré, S. Vittoria d’Alba, Sommariva Bosco, Sommariva Perno, Verduno.

Tabella 3: Comuni con il maggior numero di abitanti al 31 dicembre.

Comune	2020	2021	2022
Alba	31.215	31.219	31.210
Bra	29.466	29.680	29.523
Cherasco	9.383	9.471	9.465

Sommariva del Bosco	6.251	6.256	6.292
Canale	5.575	5.486	5.479

1.1.1 Contesto e territorio

La popolazione residente nel territorio dell'Asl Cn2 risulta essere al 31 dicembre 2022 di 169.072 abitanti, pari al 4% della popolazione residente nella Regione Piemonte. La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (50,9% contro il 49,1%); a ottanta anni ed oltre le donne rappresentano il 60,8% della popolazione. **L'età media** della popolazione nell'anno 2022 è di 46 anni; in Piemonte nel 2022 l'età media si attesta a 47,3 anni.

Gli **stranieri residenti** al 31.12.2022 sono 19.608, pari all'11,6% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2022 sono 414.239, pari al 9,8% del totale dei residenti.

Anche per il 2022 nell'Asl Cn2, il **saldo naturale** è negativo (-1.102), con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai più che decennale; mentre il saldo migratorio (iscritti – cancellati) è positivo (+814).

Nel 2022, l'**indice di natalità**, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1.000, è di 6,6, superiore al dato regionale (6,1). Per quanto riguarda **la popolazione anziana**, nell'Asl Cn2 al 31.12.2022, si stimano 41.447 ultrasessantacinquenni, ossia il 24,5% della popolazione totale, mentre i minori di 15 anni rappresentano il 12,7% (di 169.072).

1.1.2 Condizioni socioeconomiche

Le condizioni socioeconomiche degli individui possono influenzare la salute: ad esempio le persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche, hanno indicatori di salute più favorevoli rispetto a chi non possiede tali caratteristiche.

Il sistema di sorveglianza PASSI (nota piè pagina) rivela che la ripartizione per stato civile è mutata nel corso di questi anni, con una progressiva riduzione della frazione dei coniugati/conviventi che passa da 62,5% (2008-2010) a 57,9% (2020-2022) e di conseguenza l'incremento della frazione dei Celibi/Nubili che passa da 29,5% a 35,2% (2020-2022). Focalizzandoci sul triennio 2020-2022: la frazione di coloro che dichiara di vivere da solo risulta pari a 11,7% e si osserva un trend crescente negli ultimi 5 trienni.

Il **sistema di sorveglianza PASSI** consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni Asl Cn2 anche alcune caratteristiche sociodemografiche tra cui il livello di istruzione, le difficoltà economiche (percepiti) e lo stato lavorativo. Nell'Asl Cn2 nel periodo 2020-2022, su un campione casuale di 825 persone intervistate, il 67,0% ha complessivamente un **livello di istruzione** alto (licenza media superiore o laurea); stratificando per genere si osserva che il titolo di studio alto risulta posseduto dal 73,8% delle donne contro il 60,3% dei maschi. Sempre dai dati PASSI 2020-2022 risulta occupato l'80,6% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni, di cui il 70,8% con un contratto di lavoro di "dipendente" e il 27,4% "autonomo"; lo 0,5% è

in “cassa integrazione/solidarietà”. Infine, il 3,4%, secondo i dati Passi 2020-2022, dichiara che con le risorse finanziarie a sua disposizione arriva a fine mese con “molte difficoltà”, il 17,9% con “qualche” e l’80,6% con “nessuna”.

1.1.3 Lo stato di salute

Il numero totale dei decessi nel 2021 è di 2.223, con un tasso grezzo di mortalità (n. morti su popolazione totale x 1.000) di 13,1, sovrapponibile al valore provinciale (13,1) e inferiore al valore regionale (13,9).

La speranza di vita alla nascita, cioè il numero medio di anni che una coorte di nati può aspettarsi di vivere in un dato anno e in un dato contesto, è internazionalmente riconosciuto come uno dei più importanti indicatori dello stato di salute di una popolazione dal momento che, a determinarne il valore, concorrono i diversi determinanti sociali, ambientali e sanitari che definiscono la salute di una popolazione.

La **speranza di vita** alla nascita (0 anni), al 2022 si attesta a 80,3 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne, i dati del 2022 risentono ancora dell’eccesso di mortalità del 2020 dovuto alla pandemia.

Per quanto riguarda la **mortalità** per cause gli ultimi disponibili dati sono relativi al 2020. In tale anno e per entrambi i sessi, le malattie dell’apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono il COVID-19 e le malattie dell’apparato respiratorio. I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 53,4% delle morti tra i maschi ed il 50% tra le femmine, aggiungendo i decessi per COVID-19 e per malattie dell’apparato respiratorio, queste prime quattro cause di morte concentrano il 95% dei decessi nei maschi e il 98,8% dei decessi nelle femmine.

Le malattie dell’apparato cardiocircolatorio rappresentano nella Asl Cn2 la prima causa di morte sia per le femmine (31,0%) sia per i maschi (28,3%); i tumori maligni la seconda causa di morte sia per i maschi (25,1%) sia per le femmine (18,9%), mentre la terza causa di morte è rappresentata dal COVID-19 che concentra il 13,3% nei decessi tra i maschi e il 14,6% dei decessi tra le femmine, infine le malattie dell’apparato respiratorio (maschi 9,0%; femmine 6,7%).

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute. Nella popolazione adulta (18-69 anni), nell’Asl Cn2, nel biennio 2021-2022 (Sorveglianza PASSI) la frazione di fumatori fra intervistati risulta pari al 25,8%, valore sovrapponibile al valore piemontese pari a 25,6% e al valore Italiano pari a 24,2%. A dimostrazione dell’efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta (18-49 anni) non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione risulta maggiore nelle generazioni più giovani.

L’assunzione di **bevande alcoliche** è un altro fattore di rischio su cui indaga al Sorveglianza PASSI: nel 2021-2022, il 62,3% della popolazione dell’Asl Cn2 tra i 18-69 anni consuma bevande alcoliche (inteso come una unità di bevanda alcolica equivalente ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore nell’ultimo mese). L’Asl Cn2 si presenta come un territorio in cui il consumo di alcol è più elevato rispetto alla media regionale, ma con una percentuale di consumatori a maggior rischio inferiore (15,0%) alla media regionale e nazionale. La modalità di consumo a maggior rischio risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni e tra gli uomini.

È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari). Il 25,1% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2021-2022 (Sorveglianza PASSI), risulta in sovrappeso, gli obesi sono il 9,6%; gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (33,5%) e obesi (12%) rispetto alle donne (16,7%, 7,3%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche.

Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, il 53,2% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 31,6% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 15,2% è completamente sedentario (18,2% Piemonte e 29,6% Italia). Il 14,5% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Un regime alimentare ricco di frutta e verdura è noto rappresenti un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che solo il 12,9% degli individui di età compresa tra i 18 e i 69 anni, assuma le 5 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali (valore superiore al dato regionale pari al 10,8%, superiore a quello nazionale pari al 7,2%).

1.2 SINTESI DEI MAGGIORI DATI AZIENDALI DI CONTESTO INTERNO

Nel considerare la base line di partenza della performance si deve necessariamente tenere conto della complessità organizzativa e dei maggiori dati di attività che descrivono l'azienda che, al 31.12.2023 consta di 103 unità organizzative e in cui lavorano complessivamente 2.275 dipendenti.

L'A.S.L. CN2 aveva un numero di occupati al 31/12/2023 pari a 2.275 dipendenti (di cui 40 a tempo determinato). Il personale dipendente è costituito per il 74% da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella 43/58 anni che corrisponde al 47% del totale dei dipendenti, seguita dalla fascia d'età 59/67 anni, pari al 16% e da 32/42 anni, pari al 26% del totale, mentre la fascia d'età più giovane rappresenta il 11% del totale.

Il personale infermieristico rappresenta il 33% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (14%). Il personale OTA/OSS costituisce il 20% di tutto il personale dipendente e il personale della riabilitazione il 4%.

L'etica del lavoro nel territorio della nostra azienda sanitaria costituisce ancora un valore fondante e tale fatto è confermato presso i dipendenti di questa ASL, il cui tasso di assenteismo è pari al 3,80% (Totale giorni di malattia/Totale dipendenti per giorni lavorati), risultando di ben 10 punti percentuali inferiore alla media nazionale nel Pubblico Impiego e circa la metà del tasso nazionale rilevato nel settore privato.

Tabella 4: Tasso di assenza dal servizio del personale dipendente per ruolo al 31/12/2023 (di cui del Tasso di assenza).*

Ruolo	Tasso di presenza	Tasso di assenza	Tasso di malattia *
Sanitario	72%	28%	3%
Professionale	88%	12%	1%
Tecnico	80%	20%	5%
Amministrativo	80%	20%	4%
Socio-Sanitario	70%	30%	6%

Per quanto riguarda il turn-over del personale dipendente, nell'anno 2023 si sono osservati: 52 pensionamenti, 3 decessi, 97 dimissioni volontarie, 4 scadenze incarichi, 50 trasferimenti ad altri enti, 2 recessi per mancato superamento periodo di prova.

Tabella 5: Rappresentazione numerica delle strutture dell'Asl Cn2 da Atto Aziendale.

Azienda Sanitaria Locale CN 2 - Atto aziendale vigente al 31.12.2023.Deliberazione n.201 del 10.03.2023	SC	SSD	SS	TOTALE
Servizi Di Staff	2	-	9	11
Servizi Amministrativi Di Line	5	-	3	8
Servizi Sanitari Di Line Area Ospedaliera	2	-	1	3
Servizi Sanitari Di Line Area Territoriale	2	1	3	6
Dipartimento Di Area Medica	7	-	8	15
Dipartimento Di Area Chirurgica	5	1	5	11
Dipartimento Di Emergenza E Urgenza	4	-	7	11
Dipartimento Di Area Diagnostica (*)	3	3	3	9
Dipartimento Di Salute Mentale	2	-	2	4
Dipartimento Materno Infantile	3	-	2	5
Dipartimento Di Prevenzione	4	5	4	13

(*) di cui S.S.D. Fisica Sanitaria e S.C. Radioterapia operano in collegamento con ASO S.Croce e Carle Cuneo

(**) in collegamento funzionale con Asl Cn1 e ASO S.Croce e Carle Cuneo

Dipartimento Funzionale di Patologia delle Dipendenze

Dipartimento Funzionale di Ricerca e Clinica della Nutrizione

Dipartimento Interaziendale Funzionale a valenza regionale D.I.C.R.

S.C. Servizio Legale Interaziendale

Tabella 6: Rappresentazione posti letto al 31.12.2023.

Posti letto al 30/11/2023	
RO	317
DH	37
DS	21
Totale	375

I dati di attività fotografati da flussi di ritorno regionali a fine novembre 2023 di seguito sintetizzati risultano utili a fornire una rappresentazione dell'erogazione delle principali categorie di prestazioni e sono un riferimento per le previsioni sul 2024 e le progressive periodiche valutazioni.

Tabella 7: Accessi DEA al 30.11.2023 stratificati per mesi, genere e nazionalità.

Accessi DEA per mesi, genere e nazionalità				
Genere			F	M
Mese Prestazione	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	Accessi DEA
Totale	59.084	8.061	30.055	29.029
Gennaio	5.187	731	2.581	2.606
Febbraio	5.006	794	2.494	2.512
Marzo	5.425	773	2.825	2.600
Aprile	5.315	705	2.689	2.626
Maggio	5.699	792	2.861	2.838

Giugno	5.638	751	2.950	2.688
Luglio	5.561	755	2.896	2.665
Agosto	5.321	625	2.733	2.588
Settembre	5.220	728	2.652	2.568
Ottobre	5.512	722	2.839	2.673
Novembre	5.200	685	2.535	2.665

Tabella 8: Accessi al DEA al 30.11.2023 per fasce di età.

Accessi DEA per fasce d'età (il 2023 ha solo 11 mesi)				
Età	2020	2021	2022	2023
0-9	2.783	3.365	5.576	5.906
10-19	2.260	3.100	4.197	4.216
20-29	3.482	4.623	5.173	4.839
30	396	519	610	564
30-39	3.838	4.917	5.874	5.894
40-49	3.877	4.865	5.633	5.473
50-59	4.035	5.363	6.482	6.425
60-69	3.270	4.424	5.301	5.514
70-79	3.441	4.676	5.701	5.672
80-89	3.019	4.458	5.491	5.276
90-99	662	978	1.340	1.263
Centenari	3	12	18	19

Anche nel 2024 continuerà il monitoraggio del boarding di PS/DEA.

Tabella 9: Rappresentazione ricoveri per i primi undici mesi 2023 per tipologia, genere e fascia di età, distribuzione nei mesi.

Ricoveri per genere			Ricoveri per fasce d'età		
Anno Dimissione	GEN - NOV 2023		Anno Dimissione	GEN - NOV 2023	2023
Sesso	1 - Maschio	2 - Femmina	Fascia età	Maschio	Femmina
Mese Dimissione	Dimessi	Dimessi			
gennaio	561	566	0-10	697	654
febbraio	563	621	11-20	196	159
marzo	668	723	21-30	218	569
aprile	549	590	31-40	252	882
maggio	593	702	41-50	450	556
giugno	579	661	51-60	862	755
luglio	574	650	61-70	1.210	958
agosto	468	485	71-80	1.445	1.196
settembre	549	605	81-90	899	934
ottobre	622	604	91-100	114	190
novembre	617	650	oltre 100	-	4
			Totale	6.343	6.857

Tabella 10: Confronto prestazioni aziendali in ricovero ordinario anno 2022 vs undici mesi 2023.

Ricoveri Ordinari confronto anno 2022 vs gen-nov. 2023

Anno Dimissione	anno 2022	gen-nov. 2023
Dimessi	9.644	9.149
Giornate	77.692	73.002
Degenza media	8	8
Ricoveri <2 gg	988	605
Deceduti	427	319
Ricoveri ripetuti	854	668
Ricoveri ripetuti %	9	7
Peso DRG TOT	15.344	15.233
Peso DRG per dimesso	2	2

Numero casi medici	6.276	5.825
Numero casi medici%	65	64
Numero casi Chirurgici	3.368	3.324
Numero casi Chirurgici %	35	36

Tabella 11: Confronto prestazioni aziendali in day hospital anno 2022 vs undici mesi 2023.

Day hospital confronto anno 2022 vs gen-nov. 2023

Anno Dimissione	anno 2022	gen-nov. 2023
Dimessi	3.963	4.051
Accessi (giornate)	8.194	6.315
Accessi medi		
Numero Accessi Diagn. (giornate)	99	136
Numero Accessi Diagn. %	1	2
Numero casi Medici (dimessi)	845	1.162

È prevista l'implementazione dell'attività chirurgica ambulatoriale complessa, in ciclo diurno e l'efficientamento dell'attività di chirurgia robotica, oltre che un aumento dell'appropriatezza del regime di erogazione rispetto alle prestazioni di day hospital.

Tabella 12: Nuovi nati nei primi undici mesi 2023 analizzati per genere e cittadinanza alla nascita.

Nuovi nati primi 11 mesi del 2023 per genere e cittadinanza alla nascita

SESSO	Totale	Totale	F	F	M	M
Regime	TOTALE	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI
Nuovi nati	724	189	375	97	349	92

Tabella 13: Accessi ambulatoriali primi undici mesi 2023.

Accessi ambulatoriali primi 11 mesi 2023	
Tipologia	Quantità
Totale	2.270.466
1. PRIMA VISITA	70.856
1.. PRIMA VISITA CAS	947
2. VISITA DI CONTROLLO	88.788
3. ALTRE PRESTAZIONI	2.109.875

In riferimento all'attività ambulatoriale sarà ulteriormente implementata l'attività di telemedicina, allo scopo di estendere la presa in carico dei pazienti sul territorio, senza ridurre le prestazioni in presenza.

Sarà anche intensificata l'attività di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, per agire sulla domanda di prestazioni oltre che sull'offerta (mediante aumento del numero e tipo di prestazioni).

È in programma l'implementazione del monitoraggio dati connessi al PNE o altri criteri di valutazione dell'efficacia degli interventi sia ambulatoriali che in regime di ricovero.

In merito alle modalità di gestione dei servizi e delle prestazioni essenziali, l'azienda gestisce direttamente la maggior parte dei servizi, avendo proceduto con un'importante operazione di reinternalizzazione nel corso del 2022 e del 2023 dei servizi di accettazione e front office.

I principali servizi assegnati in outsourcing sono: pulizia e sanificazione delle diverse sedi, lavanderia, smaltimento rifiuti, sorveglianza e vigilanza, oltre al canone omnicomprensivo del presidio ospedaliero di Verduno; solo in misura minimale l'azienda affida con affidamento diretto in *house providing* una serie di servizi alla società partecipata AMOS s.c.r.l., di cui è rappresentante insieme ad altre ASR, come risulta dai documenti pubblicati nell'area dedicata in Amministrazione Trasparente¹².

12 <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/enti-controllati/societa-partecipate/>

2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO

La mission istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri stakeholder, 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 nella sua mission.

La mission dell’Asl Cn2 è garantire una risposta ai bisogni appropriati di salute dei cittadini, nel rispetto della persona e in condizioni di sicurezza, utilizzando con la massima efficienza le risorse disponibili. Inoltre, sono assicurati gli interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura efficaci, accessibili con tempestività e riducendo le barriere di cultura, lingua e condizioni socioeconomiche.

La vision dell’Asl Cn2 è migliorare l’offerta dei servizi per la salute attraverso lo sviluppo di alleanze e sinergie sia all’interno dell’organizzazione, valorizzando il capitale dei professionisti e il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza, sia all’esterno, con le altre Aziende Sanitarie del territorio, con le istituzioni e i soggetti sociali locali. In particolare l’ASL Cuneo 2 collabora attivamente con le Fondazioni locali espressione della comunità (Fondazione Ospedale Alba-Bra e fondazione Ferrero) e le numerose organizzazioni di volontariato presenti sul territorio.

I valori fondanti l’azione dell’Asl Cn2 sono:

- eguaglianza: ogni persona ha il diritto di ricevere l’assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- continuità: i servizi sono erogati senza interruzioni, nell’ambito delle modalità di funzionamento definite da norme e regolamenti nazionali, regionali e dell’Asl Cn2;
- partecipazione: l’Asl Cn2 riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute e ne garantisce la partecipazione come utente singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- imparzialità: nelle scelte e nelle decisioni vengono garantite al cittadino equità di trattamento e di accesso, libertà di scelta del soggetto erogatore del servizio nell’ambito delle leggi regionali e nazionali;

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso (tipicamente nei casi di inefficienza o di corruzione), 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 attuate;

- una valutazione progressivamente più integrata dei fattori di rischio che possono inficiare la realizzazione del Valore Pubblico, dei fattori predittivi 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 degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

I macro-obiettivi principali sono contenuti nella mission aziendale, negli obiettivi di mandato del Direttore Generale (che coprono un arco di programmazione triennale) e declinati annualmente negli obiettivi assegnati allo stesso dall'organo esecutivo della Regione Piemonte e, di conseguenza, in quelli inseriti nel processo di budget aziendale.

L'Asl Cn2:

- organizza la rete dell'assistenza secondo modalità che permettano di perseguire, con particolare riguardo all'area della cronicità, la presa in carico e la continuità delle cure attraverso l'integrazione con tutte le risorse della rete sanitaria e sociosanitaria in una logica di efficienza e di efficacia;
- intende proporsi come attrattiva di nuove competenze e professionalità, anche in relazione alle potenzialità offerte dall'Ospedale unico di Verduno e dalle tecnologie d'avanguardia in esso presenti;
- intende svolgere un significativo ruolo nella ricerca e nella formazione, attraverso apposite collaborazioni con le istituzioni universitarie, ponendosi come obiettivo quello di essere riconosciuta come centro di riferimento regionale per patologie specifiche; in particolare, persegue l'obiettivo di divenire un centro di eccellenza con riguardo alla ricerca e alla clinica nell'area della nutrizione, nei diversi aspetti dalla prevenzione alla cura, in un'ottica di compatibilità del sistema con le risorse finanziarie assegnate.

L'Asl Cn2 ispira la propria attività ai seguenti principi:

- tutela del diritto di salute della comunità e della persona;
- universalità, uguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni in una logica di appropriatezza;
- libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dai L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza);
- continuità delle cure;
- umanizzazione delle cure/empowerment del paziente;
- miglioramento continuo della qualità dei servizi, valorizzando anche l'alta intensità tecnologica;
- raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, attraverso il c.d. Governo Clinico;
- razionalizzazione dei fattori produttivi, al fine di una efficace ed efficiente gestione delle risorse e dei servizi;
- sicurezza delle cure;
- sviluppo di una medicina moderna in una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi relativi alla salute ed alla malattia. Implementazione della telemedicina.

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 attraverso una chiara definizione delle strategie che tengano conto delle priorità e delle risorse a disposizione determinanti per il raggiungimento degli obiettivi di performance e la realizzazione di Valore Pubblico.

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 di dati da inviare secondo lo scadenziario annualmente definito (ad esempio in relazione ai tempi e alle liste di attesa, al Piano Nazionale Esiti (PNE), all'andamento della 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 PIAO¹³.

2.1.1 Accessibilità digitale

Per quanto riguarda le politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, l'Asl Cn2 persegue azioni e progetti volti ad assicurare l'accessibilità digitale, ossia la capacità dei sistemi informatici di assicurare ed erogare servizi fruibili e di informazione anche ai soggetti più fragili, senza discriminazione verso coloro che necessitano di tecnologie assistite o configurazioni particolari.

Il sito dell'Asl Cn2 è stato progettato cercando di migliorare l'usabilità e l'accessibilità delle pagine web. Garantire l'accesso alle informazioni a tutti gli utenti, agli utenti diversamente abili, oltre ad essere un obbligo di legge per le pubbliche amministrazioni è anche la base per migliorare la qualità della comunicazione via internet.

Le pagine di questo sito rispondono alle linee guida emesse dal CNIPA (Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione) a seguito dell'entrata in vigore della Legge 4 del 9/1/2004 (cd. Legge Stanca) che disciplina le "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici".

I riferimenti normativi e gli standard seguiti sono:

- Linee guida del CNIPA;
- Linee guida per l'accessibilità del W3C (Progetto WAI);
- Standard di accessibilità ISO.

¹³ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/piano-integrato-di-attivita-ed-organizzazione/>

L'accesso ai servizi online e ad accesso semplificato, trasparente, viene assicurato attraverso il Sistema Piemonte della Regione Piemonte. In particolare, l'App CUP Piemonte è un'applicazione che si propone di facilitare l'iter di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Attraverso pochi click, tramite l'app, l'utente può vagliare la disponibilità per verificare la disponibilità ed effettuare la prenotazione per le prestazioni di cui necessita, senza ricorrere ad alcun profilo SPID, ma sfruttando soltanto i codici della ricetta e il proprio Codice Fiscale.

Relativamente all'accessibilità rivolta ai dipendenti dell'Asl Cn2, è in corso di aggiornamento il sistema informativo aziendale, prevalentemente dell'area sanitaria, con un progetto finanziato dai fondi PNRR e aggiudicato con Accordo Quadro Sanità Digitale 1.

I sistemi introdotti sono certificati secondo le normative vigenti per quanto concerne l'accessibilità digitale.

Inoltre, negli ultimi anni l'Asl Cn2 ha investito e investe numerose risorse organizzative per rendere maggiormente diffusa l'adesione dei cittadini allo strumento del Fascicolo Sanitario Elettronico (di seguito FSE) mediante interventi assicurati da proprio personale e attraverso il coinvolgimento degli enti locali (collaborazione con la Conferenza dei Sindaci) e delle organizzazioni di volontariato. Nel contempo, tutte le strutture aziendali pubblicano i documenti previsti dalla norma sul FSE in modo da rendendo lo strumento utile e progressivamente più ricco di informazioni.

Periodicamente sono organizzati momenti informativi e divulgativi alla cittadinanza sulle funzionalità e le opportunità presenti nel FSE, sollecitando la popolazione al suo utilizzo. Lo strumento può contribuire a migliorare la fruizione di alcuni servizi sanitari utili al cittadino, accorciando tempi e distanze. Per supportare la popolazione ad aderire a questo strumento digitale l'ASL ha messo a disposizione un servizio di help desk telefonico.

2.1.2 Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare

Alla luce delle misure previste dall'Agenda Semplificazione e tenuto conto dei progetti di realizzazione del PNRR, l'Asl Cn2 è impiegata durante l'arco temporale di riferimento e in modo particolare nel 2024 nelle seguenti azioni:

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempistiche
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Eliminare gli adempimenti e le autorizzazioni ridondanti	Ulteriori iniziative per Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Servizi Informatici	2024
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle	Pubblicazione mensile dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali sul portale aziendale: AT e link veloci	Servizio Accettazione e Front Office	Ogni mese

	maggiori procedure			
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Monitoraggio tempi di risposta accessi	RPCT	Quadrimestrale
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico per tutti gli utenti che danno il consenso	Servizio Accettazione e Front Office Servizi Informatici	2024
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Digitalizzazione	Implementazione firma grafometrica per il/i pazienti	Servizi Informatici (gestione Azienda Zero)	2024
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Digitalizzazione	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	Servizi Informatici (gestione Azienda Zero)	2024
		Coordinamento immagini radiologiche per gestione Stroke	Servizi Informatici (gestione Azienda Zero)	2024 -2025 (finanziamenti PNRR)
Attuazione obiettivi previsti dal Piano Triennale per l'Informatica nella PA	Digital & mobile first:	Accesso all'applicativo di Televisita anche con SPID	Servizi Informatici Ufficio Progetti	2024
	Cloud first:	Migrazione del sito internet sul cloud Nivola del CSI	Servizi Informatici	2024
		Migrazione del SIO su PSN	Servizi Informatici	2024-2025
		Prosecuzione delle attività di passaggio al nuovo sistema amministrativo-	Bilancio	Dal 2023 l'Azienda è stata collocata all'interno del I gruppo

		contabile promosso dalla Regione Piemonte col fine di omogeneizzare le procedure di cui sopra, in tutte le Aziende Sanitarie Regionali, utilizzando un sistema amministrativo contabile unico per la sanità. Questo processo comporterà una serie di miglioramenti: -maggior livello di interscambio delle informazioni e dei dati attraverso l'unificazione del sistema; -miglior livello di confrontabilità dei dati a cui consegue un più elevato livello di monitoraggio e controllo sui dati e sulle informazioni elaborate dal sistema; omogeneizzazione, standardizzazione e maggior trasparenza dei processi su cui opererà il sistema; -certezza e tracciabilità delle informazioni		delle ASR che per prime attueranno questa transizione.
	Tutela e protezione dei dati personali	Formazione su protezione dati	DPO Gruppo Privacy Ufficio Formazione	2024

2.2 SOTTOSEZIONE PERFORMANCE

La performance organizzativa annuale è riferita sia all'amministrazione nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative.

2.2.1 L'albero delle performance

L'albero della performance rappresenta il collegamento tra mandato istituzionale, *mission* dell'Asl Cn2, obiettivi strategici e piani operativi.

Nel PIAO e soprattutto nella rendicontazione del monitoraggio è reso evidente il legame che intercorre tra i bisogni della collettività, la mission aziendale, le aree strategiche e gli obiettivi che l'azienda intende perseguire. Il processo della performance descritto in questo paragrafo viene progressivamente reso operativo e ne sarà data illustrazione negli allegati che saranno inseriti contestualmente all'avanzamento del processo di assegnazione degli obiettivi, siano essi di derivazione regionale che interni all'azienda.

Il ciclo della performance (art. 4 d.lgs.150/2009) prevede le seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valutazione del merito;
- rendicontazione dei risultati alla Direzione, agli organi esterni, ai cittadini, ai destinatari dei servizi. Come primo passo si realizza la funzione di committenza della direzione dell'Asl Cn2 e della direzione dei distretti attraverso l'analisi epidemiologica del contesto territoriale, l'analisi degli indicatori di offerta dei servizi e degli indicatori di qualità dell'assistenza.

Si rimanda alla Sezione 1 del presente documento in cui sono descritti sinteticamente i dati di contesto esterno e i dati di attività maggiormente rappresentativi dell'azienda.

La partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria e sociosanitaria si esprime a livello istituzionale nella Conferenza dei Sindaci e, a livello distrettuale, nei Comitati di Distretto. La funzione di committenza è esercitata inoltre durante la fase di negoziazione, con i vari livelli di produzione, della quantità e qualità delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e prevede il monitoraggio periodico e la valutazione dei risultati raggiunti.

La prima fase, quindi, si caratterizza per la composizione di punti di vista differenti (produttori e utilizzatori dei servizi, tecnici e amministratori, associazioni di tutela) al fine di orientare la programmazione verso il soddisfacimento della domanda espressa dal territorio in una logica di sostenibilità, delimitata dai vincoli e dalle compatibilità finanziarie del sistema regionale, oggetto quest'ultima di incontri di concertazione tra la Regione e le Aziende sanitarie.

Gli obiettivi regionali, emanati annualmente con delibera di Giunta, sono trasmessi e condivisi con le macro articolazioni dell'Asl Cn2, calati nelle diverse realtà distrettuali e integrati con quanto emerso dal confronto con gli Enti Locali e dalle valutazioni partecipate dei bisogni di salute della popolazione. Tali obiettivi orientano le priorità di azione ai diversi livelli organizzativi.

Il documento regionale rappresenta anche la cornice di riferimento per la definizione degli accordi di fornitura con le aziende ospedaliere, con le strutture private accreditate, con altre aziende sanitarie, con le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili.

Parallelamente all'espletamento della committenza esterna viene attuata la committenza interna attraverso il percorso di budget. Esso prende avvio con la condivisione nel Collegio di Direzione degli obiettivi assegnati dalla Regione che, in modo partecipato, si trasformano nel piano delle azioni, in obiettivi operativi.

La formalizzazione annuale degli impegni delle singole unità operative è contenuta nella scheda obiettivi, a ciascun obiettivo è associato un “peso”, correlato alla retribuzione di risultato, e a una scala per la valutazione del grado di raggiungimento.

La performance viene monitorata e misurata attraverso il sistema dei flussi regionali, mediante l'utilizzo di cruscotti di business intelligence e l'invio di reportistica mensile, che la struttura Programmazione e Controllo mette a disposizione delle singole unità operative e delle Direzioni di Dipartimento per un confronto periodico tra le strutture e la Direzione. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi.

L'analisi del raggiungimento degli obiettivi di attività e di performance avviene per singola unità operativa.

Gli obiettivi gestionali, da perseguire in coerenza con le risorse assegnate, vengono delineati nella Relazione del Direttore Generale in accompagnamento al *Bilancio Economico Preventivo*.

Il raggiungimento degli obiettivi viene presentato nella Relazione sulla gestione del Direttore Generale in accompagnamento al *Conto Economico Consuntivo*.

L'Asl Cn2 ha come quadro di riferimento gli obiettivi di mandato, i temi e gli obiettivi specifici, che per loro natura hanno come riferimento un arco di tempo pluriennale, e definisce gli obiettivi operativi nell'ambito della programmazione annuale recependo gli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione Piemonte.

I principali obiettivi della performance sono costituiti dagli obiettivi di mandato 2021-2024 assegnati con Deliberazione della Giunta Regionale 28 maggio 2021, n. 20-3302.

I macro obiettivi connessi al mandato istituzionale del Direttore Generale vengono tradotti in obiettivi operativi assegnati alle singole strutture all'interno delle schede obiettivi. Per ogni singolo obiettivo sono indicati: il numero, la descrizione, l'indicatore utilizzato per dare evidenza del raggiungimento, lo standard atteso e il personale attribuito.

Secondo il dettato contenuto nell'art.1, co 865, della Legge di bilancio 2019 (L. 145/2018),¹⁴ insieme al raggiungimento dell'equilibrio economico e al conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, costituisce pre-requisito al raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale il rispetto dei tempi di pagamento, la cui evidenza è garantita dalla pubblicazione nella specifica area del portale Amministrazione Trasparente dell'Azienda.¹⁵

Al momento della redazione del presente documento la Regione non ha ancora assegnato gli obiettivi per il 2024; si intendono pertanto prorogati gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati per l'annualità 2023 con Deliberazione della Giunta Regionale 3 agosto 2023, n. 11-7385.

14 art.1, co 865, L.145/2018 “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...”

15 .<https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/pagamenti-dell'amministrazione>.

Come previsto dall'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016 e 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.

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.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi di mandato e gli obiettivi 2023 che si intendono prorogati:

Obiettivo di mandato n.1. Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda. Quale premessa generale che funge da riferimento per tutte le valutazioni operative la gestione di questo specifico obiettivo è assegnata ai servizi ordinatori mediante apposita deliberazione di assegnazione del budget per servizi, trimestralmente monitorata e verificata rispetto alla sostenibilità dei bisogni di cura espressi dalla cittadinanza/utenza.

Tra gli obiettivi specifici assegnati per l'esercizio 2023 figuravano:

- la trasmissione di un'attestazione sul disavanzo economico atteso e la pianificazione delle misure di riorganizzazione dei processi produttivi aziendali attivabili per perseguire l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario e
- la nomina dell'energy manager¹⁶. Alla luce del perdurante quadro di incertezza internazionale relativo alle fonti di approvvigionamento energetico del Paese, si intende perseguire nel coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative nelle azioni di promozione del risparmio anche per il 2024.

Obiettivo di mandato n. 2. Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed interventi.

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 richiede uno sforzo congiunto sia dell'area territoriale che di quella ospedaliera.

Questo obiettivo di rilevante interesse per tutti gli stakeholder, è direttamente connesso all'accessibilità, è oggetto di assegnazione costante ai Direttori Generali ed è declinato 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 ai vari richiedenti. Le maggiori evidenze sono oggetto di pubblicazione sul portale aziendale¹⁷.

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'Asl Cn2 rielabora il Piano di Recupero delle Liste di Attesa con una logica sistemica agendo a livello programmatico e operativo su più livelli. Come detto in precedenza, l'ASL Cuneo 2 ha in programma di dedicare attenzione anche al governo della domanda, oltre che mettere in atto le più usuali azioni sull'offerta di prestazioni.

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

Nello specifico delle attività di screening previste dal Programma 4¹⁸, 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.3. Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale.

L'azienda ha provveduto all'aggiornamento del Piano pandemico operativo Covid-19 aziendale, sia per l'ambito territoriale che ospedaliero, con particolare attenzione allo sviluppo di una struttura flessibile da attivarsi in caso di nuova emergenza.

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 soprattutto a fronte dell'incremento costante dei bisogni della popolazione (sempre più anziana e con malattie croniche) e della disponibilità di nuovi strumenti farmaceutici (prevalentemente ad elevato costo).

Questo obiettivo raggruppa due livelli di azione per assicurare il raggiungimento dell'efficienza dell'Azienda che, da sempre, promuove l'appropriatezza ai diversi livelli: tecnico-professionale, (dove l'input prescrittivo è fondamentale per tutto il processo), realizzabile solo se sviluppata a livello organizzativo - gestionale e

¹⁷ <https://www.aslcn2.it/liste-di-attesa/tempi-di-attesa-prestazioni-ambulatoriali-giorno-indice/>

¹⁸ 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”.

relazionale, (come dimostrato dalla numerosità delle strutture coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi riconducibili ad esso).

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

Anche nel 2024 continueranno le azioni demandate alle singole aziende, su indicazione regionale, per rendere completi e accessibili i FSE dei propri assistiti, nonché lo sviluppo delle funzionalità connesse a SPID e CIE per gli operatori e i cittadini.

Per i dettagli si rinvia a quanto descritto nella sezione “Accessibilità digitale”

Obiettivo di mandato n.6 – Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all’art.2, co 2, del D.lgs.n.171/2016.¹⁹

Gli sviluppi della Trasparenza sono descritti nella sottosezione “Rischi corruttivi e Trasparenza”, al netto delle indicazioni attese da ANAC a partire dall’Elenco obblighi di pubblicazione. Le linee di indirizzo saranno formalizzate dalla Direzione a inizio del processo di budget e allegate al presente documento.

L’Azienda ha iniziato un percorso di revisione degli adempimenti connessi all’Amministrazione trasparente insieme a tutti i servizi con il supporto del DPO.

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.

Nel 2024 continuerà l’utilizzo del sistema di trasmissione e condivisione - tramite apposita area intranet - con le singole Strutture e i Dipartimenti della reportistica di monitoraggio dell’andamento dei dati di produzione e dei costi, per garantire la conoscenza mensile aggiornata.

Come declinato da obiettivo assegnato ai Direttori Generali viene costantemente alimentata la piattaforma regionale relativa al **flusso dati della farmaceutica** e internamente sono assegnati obiettivi che consentano di monitorare e ridurre spesa pro-capite pesata complessiva (convenzionata + distribuzione diretta + distribuzione per conto) indotta dalla propria attività prescrittrice rilevata dal File F, avendo come *gold standard* il valore della spesa pro-capite pesata raggiunto dall’azienda best-performer regionale.

Si continuerà a procedere alla verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dall’Asl Cn2 circa i consumi ospedalieri, la distribuzione diretta e la distribuzione per conto rispetto agli analoghi valori trimestrali consolidati a fine anno.

¹⁹ Art.2, co 2, D.Lgs. n. 171/2016 ...”All’atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3, e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi....”

Continuerà l'attività di verifica **dell'affidabilità dei dati** rilevati dai **flussi informativi** regionali dei **consumi** e dei **contratti di dispositivi medici**²⁰ inteso:

- sia come miglioramento della coerenza tra la spesa rilevata dal flusso consumi dei D.M. e i costi imputati a Conto Economico,
- sia come mantenimento della percentuale di compilazione del campo forma di negoziazione per ogni record valido inviato;
- sia come miglioramento della coerenza tra la quantità contrattualizzata per pace-maker impiantabili, endoprotesi vascolari e cardiache e protesi di anca e la quantità distribuita.

Proseguiranno gli interventi legati ai **piani di investimento in edilizia sanitaria** e di potenziamento dell'assistenza sanitaria della rete territoriale secondo il cronoprogramma condiviso con la Regione Piemonte afferenti come linee di finanziamento in parte alla Missione 6 – PNRR, in parte ai fondi ex art. 20 Legge 67/88.

Per l'annualità 2024, come riportato in maniera tabellare all'interno del Programma Triennale delle Opere Pubbliche, adottato con deliberazione 137 del 17/02/2023, sono previste attività di riqualificazione/ristrutturazione e messa a norma di strutture territoriali quali la sede del Servizio Dipendenze Patologiche, la sede del Centro Diurno di Alba, del Centro di Igiene mentale e la riqualificazione energetica della struttura polifunzionale di Via Goito a Bra e del fabbricato della Casa della Comunità di Cortemilia.

Sono altresì in corso le attività di progettazione relative ai progetti di riqualificazione degli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra, che ospiteranno le maggiori Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità. Analogamente è in progettazione un intervento sul presidio poliambulatoriale di Canale per la realizzazione della locale Casa della Comunità. Tutti i citati progetti dovrebbero entrare nella fase di affidamento dei lavori entro l'anno 2024.

In ambito PNRR è in corso l'attività di progettazione della nuova Casa della Comunità di Santo Stefano Belbo e sono in corso di ultimazione le attività di realizzazione delle Centrali Operative Territoriali di Alba e Bra, collocate all'interno degli ex presidi ospedalieri S. Lazzaro e Santo Spirito.

Presso l'Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno la S.C. Servizi Tecnici sarà coinvolta principalmente nelle attività di ricollocazione dei Servizi di Endoscopia Digestiva, Trasfusionale e Direzione Generale, con il fine di ottimizzare spazi e percorsi, oltre a interventi di natura economicamente meno rilevante quali, a titolo di esempio, l'adeguamento dell'area elisuperficie per il volo notturno, l'ampliamento degli spogliatoi e tutti quegli interventi che la Direzione Strategica dell'Asl Cn2 ritiene necessari al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati e l'ambiente di lavoro per gli operatori.

La S.S. Ingegneria Clinica, inserita all'interno della S.C. Servizi Tecnici, si occupa della gestione del parco attrezzature sanitarie aziendali, col compito di garantirne operatività e sicurezza, tramite attività di

²⁰ Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale".

manutenzione, aggiornamento, sostituzione e implementazione in concerto con le strutture utilizzatrici e la Direzione Aziendale.

A tal proposito è stato creato un gruppo multidisciplinare di valutazione tramite Health Technology Assessment nel quale, oltre alla S.S. Ingegneria Clinica, sono presenti componenti della S.C. Farmacia, S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti, Fisica Sanitaria, Direzione Sanitaria di Presidio, Direzione Infermieristica e Direzione Strategica Aziendale. Un obiettivo per l'annualità 2024 è quello di rendere maggiormente operativo il gruppo, tramite la promozione aziendale delle proprie attività e il coinvolgimento delle strutture utilizzatrici di attrezzature.

Una ulteriore attività suggerita dalla S.S. Ingegneria Clinica è la promozione e l'utilizzo del sistema di geolocalizzazione delle attrezzature dapprima all'interno del Presidio Ospedaliero di Verduno, e successivamente all'interno delle strutture territoriali, col fine ultimo di tracciare la localizzazione degli asset, massimizzarne l'utilizzo e la condivisione tra le strutture utilizzatrici e utilizzare i dati raccolti a supporto delle attività di valutazione del gruppo HTA.

E' prevista infine durante l'annualità 2024 l'acquisto e l'installazione di una TAC in sostituzione di quella, ormai obsoleta, installata presso il pronto soccorso dell'Ospedale di Verduno. L'attività prevede il lavoro congiunto con la S.C. Servizi Tecnici per la revisione impiantistica e strutturale dei locali, e la collaborazione con la S.C. Radiodiagnostica, la SSD Fisica sanitaria e la S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti per le attività di acquisto, installazione e collaudo dell'attrezzatura.

In ultimo, la S.S. Ingegneria Clinica è rappresentata all'interno dei gruppi di gestione operativa e strategica delle attività chirurgiche, collaborando alle scelte tecniche e operative di gestione del blocco operatorio del presidio di Verduno, supportando le attività Cliniche e Logistiche, anche tramite l'introduzione di nuove tecnologie al servizio della gestione e ottimizzazione del magazzino di sala operatoria.

Si rende noto che fin dal 2023 l'Asl Cn2 partecipa allo studio LIDIA per la definizione delle linee guida per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati.

Nel 2024 continuerà il potenziamento e la rendicontazione della presa in carico dei pazienti over 65 con inserimento nei percorsi di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Proseguirà l'attuazione dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PSDTA) connessi alla Malattia renale cronica, allo Scompensamento cardiaco, al Diabete e alla BPCO nell'ottica di una sempre maggior integrazione nella presa in carico ospedale-territorio, verificati mediante audit periodici.

Nel corso del 2023 è entrato a regime il monitoraggio del percorso del paziente che accede al Pronto Soccorso, delle modalità di gestione dello stesso e dei processi organizzativi correlati (boarding da parte delle strutture ospedaliere e territoriali, reparti di degenza e CAVS; 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 sulla compilazione dei campi del flusso C2, necessari alla corretta misurazione del tempo di boarding.

Allo stato attuale si suppone che proseguiranno le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'esercizio 2023 al Direttore Generale:

1. riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e interventi chirurgici secondo quanto indicato nel vigente Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021) e nella normativa regionale.
2. efficientamento della gestione dei posti letto secondo i parametri nazionali e regionali (appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso, riduzione del tempo di boarding, riduzione della degenza media) e le indicazioni aziendali contenute nel Piano per il Controllo e Gestione del Boarding e Piano di Sovraffollamento del Pronto Soccorso, Attività di Bed Management Aziendale, adozione delle linee di indirizzo sul percorso chirurgico.
3. ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva intesa come aderenza alla terapia finalizzata all'efficacia, alla sicurezza e alla sostenibilità dei medicinali ad alto costo (antibiotici, antimicotici, emoderivati, ecc.) e per i farmaci distribuiti ai pazienti cronici e appartenenti a percorsi di presa in carico aziendali.
4. indicatori PNE (proporzione di ricoveri per frattura del collo di femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni, proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro due giorni, proporzione di parti con taglio cesareo primario).
5. donazioni d'organo: segnalazione dei soggetti in morte encefalica (BDI%), non opposizioni alla donazione d'organi, donatori di cornee;
6. prevenzione Rischio Clinico e Rischio Infettivo;
7. attuazione degli indicatori di programma definiti dalla Regione con l'adozione del Piano regionale di prevenzione 2020-2025 (PRP)²¹;
8. realizzazione delle interviste necessarie a misurare la proporzione dei soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari sulla base delle informazioni fornite dal programma di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento;
9. prosecuzione nel piano di recupero delle prestazioni afferenti ai Servizi Veterinari, Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione, Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Servizi Igiene e Sanità Pubblica e Servizi di Medicina Legale.
10. programma di screening oncologico regionale (rispetto della copertura da inviti e da esami per la popolazione target di riferimento);
11. implementazione delle azioni previste nel Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Sono esclusi dal PIAO²² 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.

Le scadenze al momento previste per la redazione dei documenti di Bilancio sono:

- Bilancio di previsione 2024: 31/12/2023;
- Bilancio consuntivo 2023: 30/04/2024;

²¹ DGR n.16/4469 del 29.12.2023

²² art. 2, comma 2 decreto DPR n. 132 del 30.06.2022.

- Verifiche trimestrali Bilancio 2024: 30/04/2024 - 31/07/2024 - 31/10/2024 - 31/01/2025.

Gli obiettivi aziendali vengono declinati ai singoli centri di responsabilità e saranno oggetto di pubblicazione in allegato al PIAO al termine del processo di definizione/assegnazione degli stessi.

La Direzione Generale intende gestire il processo di budget 2024 attraverso l'attivazione di un Comitato budget composto dai Direttori/Responsabili delle seguenti strutture:

- SS Programmazione e Controllo (con funzione di coordinamento)
- SC Bilancio, Programmazione e Controllo
- SS Progetti, Ricerca e Innovazione
- SC Amministrazione del Personale
- SS Formazione
- Sc Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti
- SC Servizi Tecnici
- SS Ingegneria Clinica
- SC Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo
- SC Direzione Medica di Presidio
- SC DIPSA
- SS Qualità, Risk Management e Relazioni con il pubblico
- SS SPP
- SS Medico Competente
- SS Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front-office
- Dipartimento di Prevenzione
- SC Distretto1
- SC Distretto2
- SC Farmacia Ospedaliera
- SS Farmacia Territoriale
- SS Affari Generali e Segreteria Organismi Collegiali.

Le attività svolte dal Comitato di budget sono:

- supporto alla Direzione Generale nella definizione degli indirizzi annuali di budget;
- elaborazione di proposte di obiettivi per centro di responsabilità;
- monitoraggio, analisi e relazione sul raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- formulazione di proposte alla Direzione Generale relative a modifiche e variazioni eventualmente necessarie in corso d'anno.

Fase preparatoria

La definizione degli obiettivi prende avvio dalla formulazione delle Linee strategiche aziendali, elaborate sulla base dei bisogni di salute espressi dal territorio, delle indicazioni regionali e delle priorità aziendali, inviate e condivise dalla Direzione Aziendale a tutte le articolazioni organizzative e oggetto di condivisione a livello di Collegio di Direzione allargato.

Fase di elaborazione

Elaborate le proposte emerse dall'interazione tra le linee strategiche aziendali e le proposte formulate dal Comitato budget il processo di budget prosegue con la richiesta di formulazione di proposte da parte dei Direttori/Responsabili di struttura corredate dalla definizione delle risorse necessarie, degli indicatori di monitoraggio, degli standard di riferimento e delle relative tempistiche di realizzazione, oltre alla necessità di coinvolgimento con altre strutture aziendali e la calendarizzazione degli incontri di negoziazione, coordinati dalla struttura Programmazione e Controllo, organizzati a livello dipartimentale.

Fase di definizione

Le schede obiettivo discusse, sottoscritte per accettazione dal Direttore Generale, dal Direttore di Dipartimento, dal Direttore/Responsabile di Struttura e dal Coordinatore di Comparto, sono comunicate e condivise a/con tutti gli operatori.

Fase di attuazione

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 loro realizzazione.

Alla scadenza temporale assegnata il referente dell'obiettivo fornisce evidenza dello stato di avanzamento/raggiungimento.

Nel caso intervengano elementi non previsti/non prevedibili gli obiettivi possono essere aggiornati previa rinegoziazione con la Direzione Generale.

La SS Programmazione e Controllo provvede all'aggiornamento e invio mensile della reportistica di monitoraggio degli indicatori di attività e di costo ai Direttori/Responsabili di Struttura e alla Direzione Generale. I risultati di performance vengono misurati attraverso il sistema dei flussi regionali verificabili mediante l'utilizzo di cruscotti di Business Intelligence.

Fase di valutazione

E' istituita una struttura tecnica permanente di cui fanno parte: la SS Programmazione e Controllo, la SS Progetti Innovativi, la SS Affari Generali e Segreteria Organismi Collegiali, la SC Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo, la SC Amministrazione del Personale, coordinata dalla SS Programmazione e Controllo che provvede alla raccolta delle informazioni e della documentazione necessaria al monitoraggio e alla valutazione dei risultati perseguiti dalle strutture, cura i rapporti con l'OIV e fornisce il necessario supporto alle attività amministrative dell'organismo di valutazione.

Tutta la documentazione raccolta e periodicamente analizzata dalla SS Programmazione e Controllo e della Direzione Generale è archiviata nella rete informatica aziendale.

La rendicontazione periodica è solitamente calendarizzata dalla Regione e le risultanze sono condivise con l'OIV e rese pubbliche nei momenti assembleari programmati (Collegio di Direzione, Conferenza dei Sindaci) e, ove previsto, pubblicate nelle apposite aree del portale aziendale.

L'OIV valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi delle singole strutture al fine di dare avvio alla fase di valutazione della performance degli operatori e all'erogazione della corrispondente premialità.

Gli obiettivi dell'Asl Cn2 Alba-Bra derivano da indicazioni regionali per ambiti specifici e da scelte locali condivise nella Conferenza dei Sindaci, si possono declinare come illustrato nell'albero delle performance.



Gli obiettivi strategici identificati per il triennio 2023-2025 sono i seguenti:

- I *integrazione ospedale / medicina del territorio;*
- E *economicità e uso appropriato delle risorse economiche;*
- A *produzione e attività*
- D *tecnologie digitali per l'innovazione dei processi di cura;*
- M *miglioramento qualità e appropriatezza;*
- P *prevenzione;*
- S *salute e sicurezza di lavoratori e pazienti;*
- T *trasparenza, privacy, formazione e ricerca.*

2.2.1.1 *Integrazione ospedale/territorio*

La necessità di una integrazione tra ospedale e servizi territoriali è risultata ancora più evidente dall'emergenza pandemica che ha mostrato quanto sia ormai indispensabile una continuità nelle/delle cure

per la presa in carico di pazienti che inevitabilmente necessitano di assistenza di lunga durata a diversa intensità di cura.

Il governo delle azioni di questo Programma di integrazione Territorio-Ospedale-Territorio si espleta per mezzo dell'attività dei Distretti e della SC Direzione di Presidio Ospedaliero.

Lo sviluppo di questa collaborazione ha la finalità di creare sinergie e alleanze tra figure professionali diverse, finalizzate all'erogazione di cure di qualità eccellente in contesti diversi.

I Distretti e la SC Direzione di Presidio Ospedaliero mantengono, sia con le strutture erogatrici, sia con la medicina generale (MMG) una relazione collaborativa, secondo i principi moderni della "clinical governance".

A fondamento di questa attività deve svilupparsi la consapevolezza della priorità delle azioni fondate su evidenze di efficacia e la necessità pressante, con la finalità di continuo miglioramento dei servizi offerti, di contrastare lo sviluppo di pratiche di basso valore clinico (*low - value clinical practices*).

Diventa quindi fondamentale su base territoriale l'erogazione di prestazioni di media e bassa intensità di cura e domiciliari, in una logica di rete e di integrazione delle funzioni e delle risorse.

Le cure erogate a domicilio rappresentano, infatti, una valida alternativa al ricovero ospedaliero, l'opportunità per una dimissione protetta e, in alcune occasioni e forme, l'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali. L'integrazione permette di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza socio-sanitaria e favorire i percorsi di rete realizzando sinergie con il setting ospedaliero.

La riorganizzazione dell'integrazione del rapporto ospedale - territorio deve pertanto basarsi sull'integrazione della rete, sulla sostenibilità economica e organizzativa, sulla semplificazione per il paziente.

Operativamente la continuità ospedale-territorio dell'Asl Cn2 si esprime attraverso i seguenti percorsi:

1. La **COT**, così come la Continuità Assistenziale, si raccorda al Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117, unico a livello nazionale ed europeo, che ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura.

La COT si integra con i Servizi di Assistenza Domiciliare, erogatori di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, livello I, II, III) e Cure Palliative a Domicilio (CPD).

Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone i cui dati sanitari saranno inseriti nel FSE.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività di ricovero ospedaliero, attività di assistenza domiciliare sanitarie e socio-sanitarie.

Le norme nazionali prevedono 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti con uno standard di personale per ogni COT di 5-6 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto.

Compiti della COT sono:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case di Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

- 2. Dimissioni ospedaliere verso RSA:** La DGR 10/22 norma il percorso assistenziale dei pazienti che devono essere dimessi da reparti per acuti in ambito ospedaliero e che non possono ancora rientrare al proprio domicilio.

Le dimissioni di questi pazienti possono avvenire, sulla base di una prima valutazione della COT e di eventuali successive valutazioni e monitoraggi da parte della Unità di Valutazione geriatrica (UVG), in RSA accreditate che abbiano i requisiti strutturali e assistenziali previsti dalla norma.

- 3. Continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS).**

I posti letto CAVS a gestione diretta dell'ASL CN2 sono in totale ad oggi 33: 18 posti letto a Canale e 15 posti letto a Verduno (a tendere saranno 15 pl riabilitativi e 5 ad alta intensità assistenziale).

CAVS CANALE

È una Struttura attiva dal 2017 ed è collocata presso la Casa di Comunità di Canale-Montà. La gestione è in capo alla SC Distretto 1 di Alba. Il personale infermieristico è dipendente dell'Asl Cn2, il personale medico è inquadrato con contratto di Continuità assistenziale (ex guardia medica).

CAVS VERDUNO

È una Struttura attiva dal 1° marzo 2023 ed è collocata presso l'Ospedale Ferrero di Verduno. Dei 20 posti letto previsti, 15 sono dedicati alla riabilitazione e 5 all'alta intensità assistenziale. La gestione è in capo alla SC Distretto 2 di Bra in stretta collaborazione con la SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero. Il personale infermieristico è dipendente dell'ASL, il personale medico è inquadrato sia con contratto di Continuità assistenziale (ex guardia medica), sia come dipendente. Gli aspetti di riabilitazione sono gestiti dalla SC Recupero e Riabilitazione dell'Ospedale Ferrero.

- 4. Ambulatori di cronicità e ambulatori PSDTA (BPCO, MRC, SC, MP).**

Nel 2022 è stato attivato il primo ambulatorio della cronicità presso la CDC di Bra e nel 2023 è stata programmata l'attivazione del secondo presso la CDC di Alba. Essi costituiscono a pieno titolo un primo nucleo delle UCA, essendo dotati di organico come previsto dal DM77 (un medico e un IFEC).

Contemporaneamente sono stati attivati gli ambulatori territoriali dei PSDTA della BPCO, MRC, MO, SC, uno in ogni CDC HUB.

2.2.1.2 Produzione e Attività

L'Asl Cn2 ha individuato alcuni punti focali su cui concentrare gli sforzi al fine di migliorare la produttività e contestualmente la qualità dei flussi regionali, sia che riguardino servizi sanitari ospedalieri che territoriali.

I miglioramenti si concentrano sullo snellimento di procedure specifiche.

Risultati che l'Asl Cn2 intende perseguire attraverso i seguenti obiettivi operativi:

- chiusura delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) entro 15 giorni dalla dimissione del paziente;
- riduzione degli errori nei flussi informativi dei tracciati regionali per l'attività di Pronto Soccorso, Ambulatoriale e di Ricovero;
- Incremento della frequenza di invio del flusso SDO per favorire una più rapida chiusura delle cartelle cliniche;
- incremento dell'attività ambulatoriale rispetto al 2023;
- incremento dell'attività di ricovero rispetto al 2023.

2.2.2 Economicità e uso appropriato delle risorse economiche

L'uso appropriato delle risorse economiche rappresenta una questione di etica oltre che di sanità.

È necessaria quindi l'applicazione di una politica di gestione delle risorse finanziarie in grado di soddisfare il requisito fondamentale dell'economicità congiunto con quelli di efficacia e di efficienza. Per il 2024 vengono individuati i seguenti obiettivi:

- tempistica di liquidazione delle fatture di competenza atta a garantire il rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture e il conseguente indice di Tempestività dei Pagamenti;
- cartolarizzazione dei debiti e crediti aziendali relativi alle annualità 2020 e precedenti (incluse note di credito e fatture da ricevere);
- monitoraggio continuo dell'eventuale contenzioso aziendale e adeguamento degli accantonamenti a fondo rischi e oneri iscritti nel bilancio d'esercizio 2024 e nel consuntivo 2023;
- analisi dei consumi economici legati a farmaci e dispositivi medici in relazione alla congruità della spesa rispetto alla produzione e programmazione di proposte di efficientamento;
- analisi dei consumi di farmaci e supporto all'analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni.

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 del programma triennale acquisti di beni e 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, secondo le previsioni normative coerenti con le misure di contrasto alla corruzione, mirando all'ottimizzazione delle risorse e centralizzazione sovraziendale del governo dei processi di acquisizione per importi rilevanti²³.

Il Programma triennale degli acquisti di beni e servizi è pubblicato nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente²⁴, così come il programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali²⁵.

2.2.2.1 Salute e Sicurezza sul lavoro

L'art.30 del D.Lgs.81/08 prevede che nelle aziende venga adottato ed efficacemente attuato un modello di organizzazione e di gestione che assicuri l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici ivi riportati. Nasce quindi la necessità di dotarsi di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSSL), ovvero di una struttura organizzativa in grado di coordinare le attività di pianificazione, le responsabilità, le azioni, i compiti, le prassi, le procedure, i processi, le istruzioni, i metodi, le risorse al fine di elaborare, mettere in atto, conseguire, riesaminare, migliorare e mantenere attiva la politica aziendale nel rispetto delle norme di salute e sicurezza sul lavoro vigenti. La Regione Piemonte ha inteso promuovere da parte di tutte le Aziende Sanitarie Regionali, l'adozione volontaria di un SGSSL con la D.D. 409 del 23 maggio 2019 approvando un primo "Documento di indirizzo" redatto in conformità alle Linee Guida UNI-INAIL e UNI ISO 45001. Dopo la sospensione dovuta alla pandemia, il documento è stato aggiornato nel 2023 e sarà presentato dalla Direzione Sanità della Regione Piemonte a tutte le Aziende Sanitarie affinché ciascuna Azienda possa predisporre il proprio S.G.S.L. idoneo a perseguire gli obiettivi di miglioramento della propria attività e come impegno strategico rispetto alle finalità aziendali, in conformità alle linee di indirizzo del citato documento. Il modello regionale coinvolge tutti i lavoratori e loro rappresentanti, che collaborano alla gestione e prevede un sistema di controllo sull'attuazione e sul mantenimento, nel tempo, delle condizioni di idoneità delle misure adottate.

Si evidenzia che un Sistema di Gestione è tale quando opera in maniera dinamica sulla base di una sequenza ciclica che prevede le fasi di pianificazione, attuazione, monitoraggio e riesame del sistema stesso. Un Sistema di Gestione opera in maniera dinamica quando è in grado di adattarsi alle specifiche caratteristiche

²³ D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070 avente ad oggetto "Riparto 2023 del Fondo Sanitario ed entrate Payback agli Enti del S.S.R.. Approvazione del Piano di attività 2023 di Azienda Zero", nota prot. 4.50.50_5/2018_DIR.GEN_20 precisazione del Settore Direzione Sanità che conferma che tutti gli interventi aziendali relativi a progetti di investimento (incluso gli interventi di edilizia, di riordino e riqualificazione degli spazi aziendali ed attivazione di nuovi servizi, gli interventi di service e di noleggio, manutenzione straordinaria) richiedono una preventiva autorizzazione della scrivente direzione sanità in attuazione, tra l'altro, della D.G.R. n. 18-7208 del 10 marzo 2014.

²⁴ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/bandi-di-gara-e-contratti/programmazione-contrattuale-beni-servizi-lavori>

²⁵ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/bandi-di-gara-e-contratti/programmazione-contrattuale-beni-servizi-lavori/>

dell’Azienda e alle sue trasformazioni nel tempo, all’introduzione di nuove disposizioni normative introdotte dal Legislatore, nonché all’evoluzione delle conoscenze tecnico scientifiche sui tempi pertinenti al sistema stesso.

La costruzione del SGSSL si basa su documentazione di sistema sintetizzabile in:

- Manuale
- Procedure – documentazione di 1° livello
- Istruzioni operative – documentazione di 2° livello
- Modulistica / RegISTRAZIONI – documentazione di 3° livello

La costruzione del SGSSL evidentemente è un processo lungo che richiede tempi in linea con quelli previsti dal P.I.A.O 2024-2026 e la programmazione annuale deve considerare le esigenze contingenti e le esperienze pregresse. La sua adozione consentirà di ridurre progressivamente i costi complessivi della SSL, minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi, aumentare l’efficienza e le prestazioni dell’organizzazione, contribuire a migliorare i livelli di SSL nonché l’immagine interna ed esterna dell’Azienda.

La programmazione per il triennio prevede i seguenti obiettivi specifici riportati in tabella, finalizzati al raggiungimento dell’obiettivo generale ovvero l’adozione del SGSSL. Secondo la UNI 45001:2018 le fasi di adozione del SGSSL si basano sul ciclo di Deming ovvero pianificazione, attuazione, valutazione delle prestazioni, miglioramento. In questo primo triennio si tratta di definire gli aspetti precedenti al riesame ovvero agli strumenti di miglioramento del sistema.

Tabella 14: Programma triennale SGSL

Obiettivo-specifico	2024	2025	2026
Mantenimento-formazione-in-materia-di-salute-e-sicurezza-sul-lavoro	Obbligo-di-formazione-in-materia-di-SSL-modulato-per-tipologia-di-rischio-e-Struttura-Operativa	Obbligo-di-formazione-in-materia-di-SSL-modulato-per-tipologia-di-rischio-e-Struttura-Operativa	Obbligo-di-formazione-in-materia-di-SSL-modulato-per-tipologia-di-rischio-e-Struttura-Operativa
Analisi-iniziale-e-prima-integrazione-con-le-procedure-esistenti	procedura-e-relativa-modulistica-per-l'individuazione-dell'organigramma-aziendale-della-sicurezza		
	procedura-generale-sulla-individuazione, approvvigionamento, utilizzo e-gestione-dei-Dispositivi-di-Protezione-Individuale		
Pianificazione		Definizione-della-struttura-e-organizzazione-del-sistema	
		Definizione-della-gestione-della-documentazione	
		Definizione-dei-flussi-comunicativi, formativi-e-relazionali	
Attuazione-e-monitoraggio			Costruzione-delle-procedure-mancanti-per-la-piena-attuazione
			Costruzione-degli-strumenti-di-monitoraggio-e-controllo-basati-su-check-list-e-audit

Inoltre, l'Asl Cn2 ha attivato iniziative di WHP (work health promotion) a favore dei propri dipendenti lavorando, con un gruppo multi settoriale, su aspetti di sensibilizzazione ai principali fattori di salute quali dieta, movimento e lotta al fumo.

2.2.2.2 Prevenzione

Con D.G.R. n. 12-2524 del 11.12.2020, la Giunta regionale ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6 agosto 2020, facendone propri la visione, i principi, le priorità e la struttura, con l'impegno ad adottarli e tradurli nel PRP 2020-2025. La Regione Piemonte con D.G.R. n. 16-4469 del 29 dicembre 2021 ha approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (P.R.P.) con i 16 Programmi che delineano le azioni di prevenzione e promozione della salute da attuare, e con D.D. n. 968/A1409C del 5.5.2023 la programmazione annuale 2023 per il livello locale con i rispettivi indicatori.

La Direzione Generale Asl Cn2 con D.D. n. 505 del 22.6.2023 ha adottato il Piano Locale della Prevenzione 2023 che rappresenta la declinazione operativa locale delle azioni del PRP.

Prosegue l'impegno nella realizzazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute a cura dei Servizi sanitari dell'Asl Cn2 tramite il coordinamento della S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione del Dipartimento di Prevenzione.

Gli obiettivi specifici riguardano:

- Piano Locale di Prevenzione: supporto alle attività dei programmi di prevenzione da parte di tutte le strutture dell'Asl Cn2; peraltro tutte le Strutture aziendali sono chiamate a partecipare agli obiettivi del PLP con interventi specifici nell'ambito del proprio settore di attività e attraverso l'assegnazione di un obiettivo puntuale;
- azioni di miglioramento/cambiamento nei processi organizzativi – operativi delle proprie strutture e/o coinvolgenti altre strutture del Dipartimento di Prevenzione.

2.2.2.3 Privacy, Trasparenza e Ricerca

La pianificazione/programmazione aziendale in materia di privacy è stata esaminata con il DPO e il Gruppo Privacy nel corso dell'incontro svoltosi in data 10/01/2024, a seguito del quale sono state formulate le sotto indicate proposte, sulla base delle esigenze emerse durante gli incontri di assesment con i Responsabili delle diverse strutture aziendali.

A) **Predisposizione di un Regolamento congiunto "privacy/trasparenza/accesso civico"** per la pubblicazione di atti e documenti, che tenga conto del bilanciamento tra il diritto alla privacy, di cui al Regolamento 679/2016 GDPR e gli obblighi in materia di trasparenza, di cui al D.lgs. 33/2013. Al riguardo s'intenderebbe procedere attraverso 3 fasi:

1. Assessment – rilevazione della situazione attuale, delle esigenze di pubblicazione, degli strumenti disponibili (anno 2024);
2. Redazione del Regolamento (anno 2024);
3. Organizzazione di un corso di formazione specifica su privacy e trasparenza, in un'ottica di bilanciamento di interessi (anno 2025);

B) **Instaurazione di un processo** che garantisca un **confronto con il gruppo privacy** per valutare se i processi di **acquisto di sistemi informatici per la cyber sicurezza sono GDPR compliant** (è in corso di valutazione l'anno di predisposizione).

Sono stati altresì oggetto di discussione, analisi e valutazione con il DPO le proposte di obiettivi in tema di privacy per l'anno 2024, di seguito elencati:

1. Revisione della procedura Data breach e predisposizione del registro degli accident;

2. Revisione della procedura sull'esercizio dei diritti degli interessati ai sensi del GDPR e predisposizione del registro dell'esercizio dei diritti degli interessati;
3. Formazione specifica per il personale addetto al front-office, affinché possa fornire con la dovuta competenza agli assistiti che si presentano agli sportelli utili informazioni sull'accesso agli strumenti della sanità digitale, anche nell'ottica di favorire e incentivare il rilascio del consenso degli utenti all'accesso al proprio dossier sanitario da parte dei medici/operatori sanitari (indicativamente due sessioni da due ore nel secondo semestre del 2024);
4. Formazione specialistica rivolta al personale di alcuni settori strategici aziendali (indicativamente quattro sessioni da tre ore nel secondo semestre del 2024).

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

Conseguentemente saranno 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.

Inoltre, a decorrere dal 1° gennaio 2024, hanno acquistato efficacia generale, tra le altre, le disposizioni dei seguenti articoli del decreto legislativo 31.03.2023, 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 il nuovo anno vedrà l'introduzione di 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 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 l'utilizzo dei manuali e la fruizione dei corsi di aggiornamento messi a disposizione dalle piattaforme e da ANAC.

In merito agli adempimenti del RPCT nell'ambito della formazione in materia di anticorruzione e trasparenza il 2024 vedrà i Referenti aziendali coinvolti in un percorso formativo di aggiornamento, anche alla luce delle novità introdotte con l'entrata in vigore del nuovo codice contratti (D.Lgs. n. 36/2023). Il medesimo percorso formativo sarà esteso nel 2025 anche alle figure sanitarie coinvolte nella gestione dei contratti (es DEC).

Per quanto riguarda il **settore della ricerca** l'Asl Cn2 da anni ritiene la ricerca clinica sperimentale uno strumento di miglioramento costante delle cure e dell'assistenza ai pazienti. La ricerca rappresenta, inoltre, un elemento di attenzione ai giovani professionisti e auspicabilmente un motivo di scelta da parte loro dell'Azienda come luogo di lavoro. Al fine di supportare, monitorare e incentivare la ricerca spontanea promossa da tutte le strutture aziendali e la gestione economico-amministrativa degli studi no profit e profit, è stato istituito il Clinical Trial Center (CTC), afferente alla SS Progetti, Ricerca e Innovazione collocata in Staff alla Direzione Generale. Il CTC fornisce "servizi di ricerca clinica" relativamente a tutte le tipologie degli studi interventistici e non interventistici in linea con gli standard di qualità nazionale e internazionale, promuove la ricerca svolta all'interno dell'Asl Cn2 dando supporto a tutte le strutture aziendali per le attività connesse all'autorizzazione e alla conduzione degli studi clinici e si relaziona con Comitati Etici, Promotori profit e no profit, Contract Research Organization (CRO), Sperimentatori ed Enti Regolatori.

L'obiettivo dell'Asl è quello di incrementare l'attività di ricerca in tutti i settori clinici e assistenziali e per tutte le professionalità sanitarie. L'Azienda, grazie alla collaborazione del DAIRI-R che supporta a livello regionale tutte le aziende sanitarie e ospedaliere nell'avvio di sperimentazioni cliniche, ha incrementato il numero di studi attivi e nei prossimi anni mira a coinvolgere, attraverso una formazione mirata, tutte le strutture aziendali in questo percorso.

2.2.2.4 Tecnologie digitali per l'innovazione dei processi di cura

Considerata come priorità l'assistenza sanitaria e l'erogazione delle migliori cure possibili ai pazienti in condizioni critiche anche da remoto, l'Asl Cn2 intende implementare tutte le pratiche relative all'utilizzo della telemedicina oltre che del sistema sanitario informatizzato.

Grazie alle potenzialità della sanità digitale è infatti possibile accorciare le distanze tra medico e paziente migliorando eventuali condizioni di isolamento che interessano quest'ultimo, garantendo una condizione

di equità e contrasto alla disuguaglianza. La telemedicina è inoltre un approccio sanitario metodologico che riduce notevolmente l'esposizione a nuovi fattori di rischio per tutti gli attori coinvolti nelle cure.

L'Asl Cn2 ha attivato da anni strumenti tecnologici a supporto dei processi di cura basati su sistemi di telemedicina sia in ambito ospedaliero (teledialisi) che in ambito territoriale (tele monitoraggio, tele visita e teleassistenza) in numerose specialità.

Al fine di promuovere e migliorare tale servizio si sono identificate le seguenti procedure da attivare:

– **aggiornamento tecnologico e migrazione in cloud dei seguenti applicativi sanitari** nell'ottica paperless (finanziamento PNRR):

ADT

- Liste operatorie
- Pronto soccorso
- Gestione blocco operatorio
- Anatomia Patologica
- Cartella Nefrologica
- Cartella Cardiologica
- Cartella Oncologica
- Cartella ambulatoriale

▪ **digitalizzazione dei seguenti processi sanitari con installazione in cloud** e in ottica paperless (finanziamento PNRR):

- order entry
- prescrizione e somministrazione farmaci
- Sistema Business Intelligence per percorso operatorio
- Cartella medica di ricovero
- Cartella Infermieristica
- Cartella Anestesiologica
- Bed management

▪ **identificazione di fasi assistenziali** in cui si ritiene possibile e opportuno garantire un **controllo da remoto** del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale;

- **pubblicazione agende** di prenotazione su CUP Regionale;
- impostare e incrementare attività di **Radiologia Domiciliare**;

- **promuovere** l'utilizzo del **fascicolo sanitario elettronico** mediante una capillare campagna di
- informazione sui media locali, sensibilizzando e coinvolgendo gli operatori dipendenti e convenzionati, nonché le risorse istituzionali e non, presenti sul territorio;
- **disegnare e implementare un ampliamento delle prestazioni erogabili** attraverso l'utilizzo di
- strumenti di **telemedicina** per quanto riguarda il monitoraggio dei pazienti cronici e deospedalizzati e l'erogazione di consulenze specialistiche nelle RSA.

2.2.2.5 Miglioramento della Qualità e dell'appropriatezza

Qualità, efficacia, equità e sostenibilità del buon funzionamento del sistema sanitario sono sempre più correlati alla facoltà di individuare la programmazione sanitaria e l'individuazione dei giusti percorsi di cura come priorità.

In quest'ottica l'ASL intende operare per il buon funzionamento del sistema sanitario attraverso:

- l'implementazione dei principali PDTA per le malattie croniche;
- l'efficientamento del percorso chirurgico aziendale;
- la valutazione e la gestione peri operatoria del paziente con frattura di femore: valori di riferimento del PNE;
- il monitoraggio sull'applicazione del percorso del Patient Blood Management;
- il completamento dell'accreditamento per la rete di cure palliative e Hospice;
- l'applicazione del protocollo di collaborazione per gestione dei casi di doppia diagnosi: tra le strutture di Neuropsichiatria Infantile – Psicologia - SER.D – Psichiatria – Neurologia e Medicina;
- il completamento della gestione centralizzata dei pazienti attraverso la creazione di un CAS unico per tutte le sospette diagnosi oncologiche;
- la raccolta delle osservazioni e delle anomalie di prescrizione e appropriatezza individuate dagli specialisti e successiva condivisione con MMG/PLS. Il sistema collaborativo tra i diversi attori: specialista, medico di medicina generale e altri soggetti gestionali, rappresenta un'azione da sviluppare su diversi tavoli e con diverse modalità operative;
- la diffusione dell'utilizzo del sistema RAO da parte dei medici di medicina generale (MMG). Il sistema RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in base a criteri clinici espliciti²⁶.

²⁶ Il percorso di coinvolgimento progressivo dei principali attori (medici di famiglia, medici specialisti, rappresentanti dei cittadini), che prendono parte al processo di prescrizione ed erogazione delle prestazioni specialistiche, porta all'identificazione condivisa di "parole chiave" (indicazioni cliniche) per ciascun gruppo di priorità clinica, alle quali sono associate a priori, cioè al momento stesso della prescrizione della prestazione, i tempi di attesa ritenuti adeguati. Tali "parole chiave" con i relativi tempi di attesa sono indicazioni di aiuto alla decisione per il medico che prescrive la prestazione, coerenti con l'appropriatezza clinica. Viene messa in atto una diffusa azione volta a uniformare ai RAO l'attività prescrittiva con la finalità di intervenire anche sul lato della razionalizzazione della domanda nel complesso sistema di gestione delle

A inizio 2024 la campagna di diffusione dei RAO sarà contestuale alle modifiche operative nell'accesso alle prestazioni urgenti e ad un primo piano di verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Successivamente, nel corso del periodo di programmazione, è previsto l'avvio del progetto di analisi e verifica sull'appropriatezza prescrittiva. Il progetto complessivo si basa sull'utilizzo di software collaudati che attraverso l'applicazione dell'A.I. effettua un esame sulla razionalità degli elementi caratterizzanti la prescrizione utilizzando l'interpretazione semantica. L'avvio del programma prevede l'analisi dei RAO maggiormente significativi e impattanti sulla problematica liste d'attesa.

- la previsione di una fascia oraria dedicata a prestazioni con Codice U con accettazione diretta ed erogazione entro 72h per ogni struttura/specialità. Nel 2024 sarà avviata una prima verifica, da parte degli specialisti, per evitare l'accesso alle prestazioni urgenti da parte di pazienti che non sono nelle condizioni cliniche appropriate per ricevere tali prestazioni;
- il consolidamento della figura di supporto gestionale e amministrativo all'interno dei reparti/servizi, punto di riferimento per garantire collegamenti efficienti tra i diversi servizi e soprattutto con l'utenza, per così fornire un valido supporto nei diversi contesti di inserimento. Nel corso del 2023 si è iniziato ad introdurre tale figura in alcuni servizi quali l'oculistica, la day surgery, la nefrologia-dialisi, la gastroenterologia, la COT, il DEA, la pediatria e la fisiatria. Tale percorso continuerà nel nuovo anno contribuendo anche allo sviluppo di alcune realtà quali il pre-ricovero e le piastre ambulatoriali.
- l'unificazione del formato della cartella clinica, numerazione unica con nosologico, digitalizzazione delle cartelle cliniche. A partire dal 2024 i reparti consegneranno con cadenza quindicinale le cartelle cliniche complete e verificate all'Archivio Centrale Temporaneo (ACT). Successivamente, superati i controlli regionali SDO, le cartelle saranno inviate alla ditta Plurima, affidataria del servizio di digitalizzazione. Tale procedura permetterà di ridurre l'attività di fotocopiatura, favorendo la disponibilità delle cartelle in formato elettronico, con una notevole diminuzione dei costi, anche in vista dell'applicazione della sentenza della Corte di Giustizia Europea EU 2023:811 del 26 ottobre, che ha riconosciuto il diritto dell'interessato ad ottenere a titolo gratuito la prima copia della cartella clinica.
- Inoltre, il Piano Operativo sulle Liste di Attesa definisce percorsi di prenotazione specifici in determinati "casi d'uso" cui l'organizzazione aziendale sta adeguandosi.

DEFINIZIONE	DESCRIZIONE	SITUAZIONE	SVILUPPI
Cure palliative	Fascia Esclusiva	Non ci sono fasce	Adeguamento al Piano Operativo
Oncologia	Fascia Esclusiva	Cardiologia-Radiologia	Adeguamento al Piano Operativo
Dietetica e Nutrizione Clinica	Fascia Esclusiva	Non ci sono fasce	Adeguamento al Piano Operativo

liste d'attesa. Attraverso l'omogenea applicazione di indicazioni condivise tra i diversi attori prende avvio un percorso virtuoso di adeguamento agli indirizzi operativi e di ordine nella gestione dei tempi d'attesa.

Follow-up	Fascia Esclusiva	Fisiatria- Controlli	Inserimento prestazioni diagnostiche e piano oper.
Gravidanza	Fascia Esclusiva	Ecografie	Adeguamento al Piano Operativo
Post PS	Fascia Esclusiva	Non ci sono fasce	Adeguamento al Piano Operativo
Day Service	Fascia Esclusiva	Radiologia TAC	Adeguamento al Piano Operativo
Malattie Rare	Fascia Esclusiva	Non ci sono fasce	Adeguamento al Piano Operativo
PDTA	Fascia Esclusiva	ECG-Scompenso	Implementazione principali PDTA per le malattie croniche
Percorsi formalizzati	Fascia Esclusiva	Chirurgia Vascolare Ecodoppler	Percorsi esistenti da formalizzare e definizione nuovi percorsi

Nel 2024 il **Piano Formativo Aziendale** ha previsto un'area specifica di intervento formativo sulle tematiche tecnico amministrative gestionali.

Area tecnico-amministrativo gestionale	Implementazione della transizione digitale dell'ASL per il miglioramento dei servizi interni/esterni resi in un'ottica di trasparenza, informatizzazione e di semplificazione dei processi e dei procedimenti dell'ASL. Sviluppare una formazione permanente di aggiornamenti normativi in tema di normativa privacy, anticorruzione e trasparenza, normativa appalti, etica.
--	---

Le Proposte formative sono modulate per i diversi target di discenti: neoassunti, dirigenti e coordinatori, personale di front office e saranno implementate da interventi formativi trasversali negli ambiti della qualità, comunicazione, digitalizzazione, secondo gli argomenti di seguito riportati:

Qualità	organizzazione/management, standard di qualità formazione, attività scientifica, rischio clinico, medicina di genere, disuguaglianze, accountability
Comunicazione –	soft skills, empowerment, engagement del paziente, health literacy, customers satisfaction,

relazione nei diversi ambiti della cura	
Digitalizzazione	digital skills, sanità digitale: (FSE, cartella clinica elettronica, telemedicina, digitalizzazione dei servizi sanitari)

2.3 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 2023-2025²⁷ 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 politico rappresentato dalla Direzione, i Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 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), il Data Protection Officer (DPO), il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RSA), i referenti aziendali per il PNRR.

Il dovere di tutti i dipendenti di collaborare alla gestione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza è richiamato dal Codice di comportamento dei dipendenti²⁸ e ricordato nei momenti formativi. 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 rischio²⁹.

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

Nel mese di ottobre 2023 è stata inviata una comunicazione a tutti i Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, per richiedere gli elementi di programmazione da inserire nel presente documento, anche in relazione alla Verifica dello stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. I dati sono stati aggiornati nel mese di dicembre ed è stata redatta la Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, sia per il monitoraggio dell'avanzamento di quanto dichiarato nella sottosezione del PIAO 2023, sia per l'analisi degli

²⁷ <https://www.anticorruzione.it/-/ecco-il-nuovo-piano-nazionale-anticorruzione-valido-per-il-prossimo-triennio/>

²⁸ <https://www.aslcn2.it/codice-di-comportamento-dei-dipendenti-pubblici/>

²⁹ 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).

elementi di contesto interno ed esterno. La relazione è stata trasmessa al Direttore Generale e all'OIV e pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente³⁰.

Il RPCT fa parte del gruppo operativo che partecipa alla redazione del PIAO e, per gli aspetti di competenza, funge da coordinamento delle proposte per l'adozione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza e del loro monitoraggio con i Responsabili tenuti ad elaborare le altre sezioni del PIAO.

2.3.1 Analisi del contesto esterno

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 delle persone che si rivolgono all'Asl Cn2, sia per ottenere delle prestazioni, sia in qualità di stakeholder a vario livello.

Nella ricerca e valutazione dei dati esterni si mantengono le fonti legate 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 limitato così come i reati contro la Pubblica Amministrazione sia all'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"³¹ 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 e alle rilevazioni, soprattutto con il cessare dell'emergenza pandemica che aveva fatto rilevare minacce e aggressioni in seguito ai provvedimenti relativi ad obblighi vaccinali.

Incrociando questi dati con l'analisi storica che emerge dalla valutazione del rischio corruttivo si può affermare che l'Asl Cn2 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.

Le più recenti rilevazioni statistiche, dal 2019 (dati riferiti al 2018) al 2023 (dati riferiti al 2022) collocano, la Provincia di Cuneo al 98° posto (su 106 Enti omologhi) nella graduatoria complessiva del tasso di criminalità,

³⁰ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

³¹ <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/pubblicazioni/amministratori-sotto-tiro/>



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

dato dal numero di denunce per 100.000 abitanti (Fonte Il Sole 24 ore). Tabella 15: Numero di denunce ogni 100.000 abitanti

98° Cuneo 2.415,4 14.008

Scegli la provincia per visualizzare i suoi piazzamenti (rank e var. annua) nelle classifiche (finale sul totale dei delitti e per tipologia di reato). Dati ogni 100mila abitanti e totale denunce, relativi all'anno precedente.

RANK	INDICATORE	DENUNCE SU 100MILA AB.	TOTALE DENUNCE
> 89° ▲	Omicidi volontari consumati	0,2	1
> 18° =	Omicidi colposi	4,5	26
> 64° ▼	Tentati omicidi	1,2	7
> 94° ▲	Violenze sessuali	6,0	35
23° ▼	Sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile	3,3	19
101° ▲	Minacce	81,4	472
87° ▲	Percosse	21,0	122
99° ▼	Lesioni dolose	75,4	437
62° ▲	Danneggiamenti	358,0	2.076
31° ▼	Incendi	18,3	106
26° -	Incendi boschivi	13,8	80
> 80° ▲	Furti	770,8	4.470
> 86° ▲	Rapine	11,4	66
> 64° ▼	Stupefacenti	39,7	230
48° ▲	Truffe e frodi informatiche	458,1	2.657
47° =	Associazione per produzione o traffico di stupefacenti	0,0	0
43° ▲	Delitti informatici	57,6	334
74° ▼	Associazione per delinquere	0,2	1
42° ▼	Associazione di tipo mafioso	0,0	0
100° ▲	Estorsioni	11,0	64
76° ▼	Danneggiamento seguito da incendio	5,3	31
91° ▲	Riciclaggio e impiego di denaro	0,9	5
96° ▲	Contraffazione di marchi e prodotti industriali	0,9	5
41° =	Contrabbando	0,0	0
54° ▼	Usura	0,2	1
70° ▲	Violazione alla proprietà intellettuale	0,0	0

Dall'analisi dei dati tabellari sopra rappresentati emerge che il tessuto sociale del territorio in cui è inserita l'Asl Cn2 risulta sostanzialmente sano e gode di un buono standard di benessere, tanto che i reati contro il patrimonio sono la tipologia di delitti più diffusi.

Nello specifico dei reati contro la Pubblica Amministrazione, i pochi e generici dati statistici disponibili evidenziano percentuali irrisorie.

2.3.2 Analisi del contesto interno e valutazione di impatto sull'integrità aziendale

Per sua natura la Sanità in virtù delle risorse economiche assegnate, dei rapporti con molteplicità di fornitori a vario livello e dell'alto numero di relazioni interpersonali, è un settore considerato a rischio medio-alto. Nello specifico l'Asl Cn2 insiste in un contesto socio-economico-territoriale storicamente solido: 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.

L'etica del lavoro nel territorio su cui insiste l'Asl Cn2 costituisce un valore fondante e tale fatto è confermato anche presso i dipendenti dell'Asl, il cui tasso di assenteismo è pari al 3,80% (Totale giorni di malattia/Totale dipendenti per giorni lavorati), inferiore alla media nazionale nel Pubblico Impiego e circa la metà del tasso nazionale rilevato nel settore privato (fonte Confindustria 2023).

Si rinvia alla sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione per il dettaglio del Tasso di assenza dal servizio del personale dipendente per ruolo al 31/12/2023.

Il numero di **richiami e procedimenti disciplinari** è contenuto.

Alla data del 31/12/2023 sono pervenute e accertate 4 segnalazioni rientranti nelle **violazioni** del codice di comportamento aziendale - art. 11 comportamento in servizio:

- mancata risposta pronta alla chiamata in reperibilità;
- non corretta effettuazione timbrature/utilizzo del badge;
- comportamenti aggressivi sui luoghi di lavoro/alterchi con vie di fatto;
- assenza non giustificata a visita fiscale. Le condotta non rientra nel DPR 62/2013.

Nel corso del 2023 sono stati avviati 4 procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, tutti riconducibili a fatti penalmente rilevanti:

- un procedimento per peculato (art. 314 c.p.) e per truffa aggravata (art. 640 c.p.);

- un procedimento per peculato (art. 314c.p.), truffa aggravata (art. 640 c.p.) e falso ideologico in atto pubblico (art. 483 c.p.);
- due procedimenti per truffa aggravata (art. 640 c.p.).

Compatibilmente con le risorse e i vincoli contestuali si continuerà ad investire sulla formazione e sull'informazione, prioritariamente verso i neoassunti e coloro che hanno ricevuto incarichi di responsabilità nella gestione del personale e dei processi, sono in programma momenti di formazione e di aggiornamento rivolti nel 2023 ai Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza e un focus di aggiornamento rivolto agli 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.

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

Nel periodo tra il 01.01.2023 e il 31.12.2023 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 a cura dei Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza e mira ad esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni erogate.

Dal **monitoraggio interno** svolto dai **Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza** non sono emerse aree di particolare carenza, ma per lo più necessità di migliorare il rispetto delle procedure aziendali, in proporzione alle risorse disponibili e alle necessità di aggiornamento e riattualizzazione delle stesse.

L'opinione che emerge dai Responsabili di strutture sanitarie e amministrative ai differenti tavoli di lavoro aziendali in cui il RPCT è coinvolto può essere sintetizzata 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 sensibilità e la percezione dell'applicazione della Trasparenza come una delle misure di maggior impatto in materia di anticorruzione. Questo conferma la necessità di intervenire con specifiche iniziative di formazione dopo il periodo particolarmente difficile del post pandemia e il ritorno alla nuova normalità.

Infine, per quanto riguarda **la qualità e la valutazione del livello di soddisfazione dell'utenza**, si rinvia alla documentazione e reportistica contenute nei seguenti link della Sezione Amministrazione Trasparente del Sito internet aziendale:

- Servizi in rete:

<https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/servizi-in-rete/>

- Carta dei Servizi e standard di qualità:

<https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita/>

2.3.2.1 OGGETTO DELLA SEZIONE

La presente Sezione in materia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza dà attuazione alle disposizioni di cui alla legge 190 del 6 novembre 2012, attraverso l'individuazione di misure finalizzate a prevenire la corruzione nell'ambito dell'attività dell'Asl Cn2.

La Sezione tiene conto delle modifiche normative intervenute rispetto alla Legge n. 190/2012 e al D. Lgs. n. 33/2013 con il D. Lgs. n. 97/2016 e delle modifiche introdotte con la Delibera ANAC n. 605 del 19.12.2023 al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 nonché degli “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza” approvati dall’A.N.A.C. in data 2.2.2022, pur con la precisazione relativa alla graduale, e al momento non esaustiva, applicazione delle indicazioni metodologiche in materia di gestione del rischio corruttivo contenute nel predetto PNA.

Le tematiche relative alla presente Sezione sono state condivise con la Direzione aziendale. La stessa è stata oggetto di una pubblica consultazione online, indirizzata ai cittadini dell’Asl Cn2, alle Associazioni ed Enti di volontariato e sociali, alle Organizzazioni Sindacali e di categoria, dal 23 al 26 gennaio 2024, rispetto alla quale non sono pervenute osservazioni a questa Amministrazione.

La Sezione mira a ridurre le opportunità di manifestazione di casi di corruzione, ad aumentare la capacità di far emergere i casi di corruzione e a creare un contesto in generale sfavorevole alla manifestazione di comportamenti illeciti. Il Piano realizza tale finalità attraverso:

- a) l'individuazione delle attività dell'Asl nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche ulteriori rispetto a quelle minime già previste dalla legge;
- b) la previsione, per le attività individuate ai sensi della lett. a), di meccanismi di annullamento o mitigazione del rischio di corruzione, nonché di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) la previsione di obblighi di comunicazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento delle misure;
- d) il monitoraggio, in particolare, del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) il monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti con i dirigenti e i dipendenti dell'Ente;

- f) l'individuazione degli obblighi di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelli previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia, nell'ambito del Programma Triennale della Trasparenza (P.T.T.), parte integrante della presente Sezione.

Destinatari, ovvero soggetti chiamati a darvi attuazione, sono:

- a) il Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo dell'Azienda;
- b) il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza;
- c) l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- d) i Referenti aziendali;
- e) i restanti Dirigenti aziendali;
- f) i Dipendenti;
- g) i concessionari e incaricati di pubblici servizi e i soggetti di cui all'art. 1, comma 1-ter, della L. 241/90.

2.3.2.2 SOGGETTI, FUNZIONI E RESPONSABILITA'

I soggetti che, in modo coordinato e collaborativo, concorrono all'elaborazione e attuazione delle misure, sono:

1. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, che:

- a) nomina il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza,
- b) adotta il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione ai sensi dell'art. 1, 1° c. del D.L. n. 80/2021 come convertito con Legge n. 113/2021,
- c) promuove, in sede di adozione degli atti di indirizzo e di programmazione, lo sviluppo e la realizzazione di una efficace strategia di contrasto alla c.a. *maladministration* e di valorizzazione della cultura della legalità e della trasparenza nell'azione amministrativa.

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (in seguito solo Responsabile o R.P.C.T.) che nell'Asl Cn2, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 637-25.08.2023, è la Dott.ssa Simona DALMASSO – Responsabile della S.S. Programmazione e Controllo.

3. Il Responsabile esercita i compiti attribuiti dalla legge e dalla presente Sezione e in particolare:

- a) elabora la proposta di sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. ed i successivi aggiornamenti da sottoporre al Direttore Generale ai fini della necessaria approvazione;
- b) verifica l'efficace attuazione delle misure e la loro idoneità e propone la modifica delle stesse quando siano accertate significative violazioni delle relative prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione;
- c) coordina, d'intesa con i Dirigenti aziendali, l'attuazione della Sezione anche con riferimento alla rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione;
- d) definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti che operano in ambiti individuati quali particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- e) segnala al Direttore Generale e all'O.I.V. le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indica all'Ufficio per i procedimenti disciplinari i

nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure e gli obblighi previsti nel presente Piano;

f) entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa data individuata dall'ANAC) pubblica sul sito web istituzionale³² dell'ente una relazione recante i risultati dell'attività svolta nell'anno precedente e la trasmette al Direttore Generale e all' O.I.V.; su richiesta di questi ultimi o di propria iniziativa, il Responsabile riferisce in ordine all'attività espletata.

4. I Referenti aziendali, individuati nella tabella sottostante, cui sono attribuite le seguenti competenze, sulla base della legge 190/2012 e del Piano Nazionale Anticorruzione 2022:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dell'O.I.V., degli altri organi di controllo interno e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) svolgono attività di formazione per il personale assegnato in base a quanto previsto nel Piano di formazione;
- f) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- g) osservano le misure contenute nella presente sezione;
- h) provvedono, secondo competenza, alla elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito Internet aziendale;
- i) collaborano con il RPCT nell'attività di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e la trasparenza.

5. I restanti Dirigenti e tutto il personale dell'Azienda osservano diligentemente le misure contenute nella presente Sezione e nel P.I.A.O. nel suo complesso.

2.3.2.3 ELENCO REFERENTI AZIENDALI DELL'R.P.C.T.*

Tabella 16 Elenco referenti aziendali dell' R.P.C.T.

DENOMINAZIONE STRUTTURA	FUNZIONE	NOMINATIVO
Dipartimento di Prevenzione	Direttore	Dott. Piero Maimone
Dipartimento Patologia delle dipendenze	Direttore	Dott. Ruggero Gatti

³² <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

Dipartimento Salute Mentale	Direttore	Dott.ssa Franca Rinaldi
Distretto 1 Alba	Direttore f.f.	Dott. Mirko Panico
Distretto 2 Bra	Direttore	Dott. Elio Laudani
S.S. Affari Generali e Segreteria Organismi Collegiali	Responsabile f.f.	Avv. Monica Bruno
S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Direttore	Dott.ssa Paola Malvasio
S.C. Direzione delle professioni sanitarie	Direttore f.f.	Dott.ssa Sabrina Contini
S.S. Servizio Farmaceutico Territoriale	Responsabile	Dott.ssa Valeria Recalenda
S.C. Farmacia ospedaliera	Direttore f.f.	Dott.ssa Sara Boffa
S.C. Psicologia	Direttore f.f.	Dott.ssa Giuseppina Intravaia
S.S. Qualità, Risk management, URP	Responsabile	Dott. Luciano Vero
S.C. Amministrazione del Personale	Direttore f.f.	Dott.ssa Maura Nervo
S.S. Formazione	Responsabile f.f.	Dott.ssa Giuseppina Viola
S.S. Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front Office	Responsabile	Dott. Andrea Pedussia
S.C. Bilancio, Programmazione e Controllo	Direttore	Dott. Lorenzo Sola
S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti	Direttore f.f.	Dott.ssa Maria Raiteri
S.C. Servizio Legale interaziendale	Direttore	Avv. Piero Giuseppe Reinaudo

S.C. Servizi Tecnici	Direttore	Arch. Ferruccio Bianco
S.S. Servizio di prevenzione e protezione	Responsabile	Arch. Stefano Nava
S.C. Informatica, telecomunicazioni e sistema informativo	Direttore	Dott. Fabrizio Viglino
S.S. Programmazione e Controllo	Responsabile	Dott.ssa Simona Dalmasso
S.S. Progetti, ricerca e innovazione	Responsabile	Dott.ssa Giuliana Chiesa
*Salvo future modifiche nei nominativi dei Soggetti o di assetto organizzativo		

6. L'Organismo Indipendente di Valutazione, le cui funzioni vengono meglio dettagliate successivamente.

7. Il Collegio Sindacale che verifica l'amministrazione dell'Asl sotto il profilo economico e della regolarità contabile e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, dunque, anche di quella in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

8. Il Servizio Ispettivo, il cui Regolamento di funzionamento è stato approvato con Deliberazione n. 257 del 24.8.2017, che verifica il rispetto delle disposizioni in materia di: a) incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno e parziale; b) corretto svolgimento dell'attività libero-professionale intra ed extra muraria, c) divieto di cumulo di impieghi ed incarichi nonché del Regolamento aziendale in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente; d) controllo della presenza in servizio dei dipendenti e degli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni e dei medici di Continuità Assistenziale, tutte misure di prevenzione della corruzione.

9. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD) competente all'accertamento e all'applicazione delle sanzioni disciplinari, ivi comprese quelle derivanti dalla violazione delle prescrizioni contenute nella presente Sezione.

2.3.2.4 PROCEDURE DI FORMAZIONE E ADOZIONE DEL DOCUMENTO

1. Entro il 31 ottobre di ogni anno ciascun Referente trasmette al Responsabile la relazione sulle attività svolte, nonché le proprie proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio di corruzione o l'aggiornamento rispetto a quelle già indicate, riportando, altresì, le concrete misure organizzative adottate o da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato, sulla base di una apposita scheda- tipo fornita dal Responsabile, nonché le rispettive esigenze formative. Qualora tali misure comportino degli oneri economici per l'Ente, le proposte dovranno indicare la stima delle risorse finanziarie occorrenti.

2. Di norma entro il 31 dicembre, il Responsabile, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte ai sensi del precedente comma, elabora lo schema della Sezione anticorruzione/trasparenza del P.I.A.O., recante l'eventuale indicazione delle risorse strumentali occorrenti per la relativa attuazione, e lo trasmette al Direttore Generale.

3. Contestualmente alla trasmissione di cui al comma precedente, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, viene attuato il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, tramite la pubblicazione sul sito web dell'Ente dell'Avviso di consultazione pubblica in materia di misure di prevenzione della corruzione, legalità e trasparenza. L'Amministrazione tiene conto dell'esito della consultazione in sede di predisposizione della versione definitiva del P.I.A.O. e in sede di valutazione della sua adeguatezza, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione trasmette lo schema di Piano anche all'OIV.

4. Di norma entro il 31 gennaio dell'anno successivo, salvo diverso termine fissato normativamente, la Sezione viene approvata dal Direttore Generale nell'ambito del P.I.A.O. L'esito delle consultazioni viene reso pubblico sul sito web dell'Ente ed in apposita sezione del Piano stesso, con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità di partecipazione e degli input generali di tale partecipazione.

5. La Sezione anticorruzione/trasparenza può essere modificata in corso d'anno, su proposta del Responsabile, allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'Amministrazione.

2.3.2.5 MAPPATURA DEL RISCHIO

Questa sezione del Piano mira ad indirizzare l'agire dell'Azienda verso un approccio al contrasto della c.d. "maladministration" finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo, che ne privilegi il profilo sostanziale più che quello meramente formale.

Per la gestione del rischio si è fatto riferimento ai suggerimenti contenuti nell'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019 che fornisce utili indicazioni per la configurazione ed il graduale perfezionamento del sistema di gestione del rischio corruttivo.

Utilizzando – nelle loro linee generali – le indicazioni contenute nel PNA 2019 è stato possibile:

- migliorare ed aggiornare la mappatura dei processi;
- ridefinire, per ciascun processo, i possibili rischi;
- graduare il livello di rischio specifico per ciascun processo;
- classificare e definire con maggior dettaglio le misure di prevenzione dei rischi nel contesto del Piano.

2.3.2.6 INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO AREE GENERALI E AREE SPECIFICHE

Sulla base della normativa derivante dalla Legge n. 190/2012 e dai successivi provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed in particolare il P.N.A. 2019 e delle ulteriori indicazioni contenute nel PNA 2022, recentemente approvato dall'Autorità nazionale anticorruzione, sono definite quali **Aree Generali** di rischio, in quanto comuni a tutte le Amministrazioni, le seguenti:

- a) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario;
- b) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- c) Contratti Pubblici;
- d) Acquisizione e gestione del personale;
- e) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- f) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- g) Incarichi e nomine;
- h) Affari legali e contenzioso.

Sempre il P.N.A. 2019 individua, per le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, le seguenti principali

Aree Specifiche di rischio:

- a) Attività libero professionale;
- b) Liste di attesa;
- c) Rapporti con i soggetti erogatori;
- d) Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- e) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;

fatta salva, naturalmente, la possibilità di individuarne ulteriori alla luce della specifica situazione del singolo Ente.

Per quanto concerne l'Asl Cn2, fatte proprie le indicazioni metodologiche contenute nel P.N.A. 2019 e alla luce dell'**analisi di contesto** dell'attività aziendale svolta dal RPCT, sono state individuate le seguenti Aree di rischio:

1. Acquisizione e gestione del personale (Area Generale),
2. Contratti Pubblici (Area Generale),
3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Area Generale),
 - a) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Area Generale),
 - b) Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni (Area Specifica),
4. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (Area Generale),
5. Attività libero professionale e liste d'attesa (Area Specifica),
6. Relazioni con il pubblico (Area Specifica),
7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero (Area Specifica),
8. Gestione rischi dei lavoratori dipendenti (Area Specifica),
9. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (Area Generale),
10. Rapporti con soggetti erogatori (Area Specifica)
11. Incarichi e nomine (Area Generale).

2.3.2.7 MAPPATURA DEI PROCESSI

Coerentemente con le indicazioni dell'Allegato 1 al P.N.A. 2019, dopo aver identificato – Area di rischio per Area di rischio – i processi di attività, questi sono stati analizzati al fine di comprenderne e descriverne le modalità di svolgimento.

Nella mappatura dei processi si è proceduto alla individuazione dei seguenti elementi fondamentali:

- breve descrizione del processo (contenuto e finalità),
- definizione delle fasi ed attività che lo compongono,
- individuazione della struttura cui fa capo il processo e dei soggetti che hanno la responsabilità dello stesso.

I processi analizzati sono riportati nel documento “Griglia rischio corruttivo/mappatura dei processi Asl Cn2” allegato al presente P.I.A.O.

2.3.2.8 VALUTAZIONE DEI RISCHI

La valutazione del rischio si articola nelle seguenti tre fasi:

1. Identificazione degli eventi rischiosi,
2. Analisi del rischio,
3. Ponderazione del rischio.

La fase di identificazione si è basata principalmente sulla valutazione delle seguenti fonti informative:

- a) Risultanze dell'analisi del contesto esterno ed interno di cui ai paragrafi precedenti,
- b) Presa d'atto dell'assenza di una casistica giudiziaria di un qualche rilievo, presso l'Asl Cn2, per fatti corruttivi,
- c) Esame delle risultanze del monitoraggio condotto dal RPCT sul PTPCT 2023/2025 – anno 2023,
- d) Esame delle segnalazioni prevenute tramite il canale “whistleblowing” nel triennio 2021/2023.

L'analisi del rischio, che ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle attività connesse, è stata sviluppata tenendo conto di:

- a) dei **fattori abilitanti**, cioè degli elementi di contesto che, potenzialmente, agevolano il verificarsi di comportamenti di natura corruttiva,
- b) degli **indicatori di stima** del livello di rischio ed in particolare:
 - il livello di interesse esterno,
 - il grado di discrezionalità del decisore nei processi/attività,
 - precedenti eventi corruttivi nel processo/attività esaminato.

La scelta degli indicatori di stima, in seguito alla quale sono stati individuati 4 criteri sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei singoli processi, come da Tabella sotto riportata, è avvenuta anche utilizzando i dati oggettivi relativi ai precedenti giudiziari e disciplinari per fatti corruttivi presso

l’Azienda e tenendo conto sia delle segnalazioni pervenute tramite il canale ex art. 54/bis del D. Lgs. n. 165/2001 che delle risultanze delle indagini di customer satisfaction effettuate dall’URP aziendale.

In coerenza alle indicazioni del P.N.A. si è privilegiata una analisi del contesto di esposizione al rischio di **natura qualitativa**, rispetto ad altre metodiche che partendo da una impostazione quantitativa prevedono l’attribuzione di punteggi.

Per ogni processo nell’ambito di ciascuna attività, partendo dalla valutazione degli indicatori di stima, si è giunti – infine – ad una valutazione complessiva di esposizione al rischio, definita sulla base di una misurazione ordinale e cioè: **alto, medio, basso**.

Tabella 17: Indicatori di rilevazione di livello di esposizione di rischio

1. GRADO DISCREZIONALITA'	VALUTAZIONE Rischio
Processo ad alta discrezionalità (carenza normativa, procedure non codificate, ecc.)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza normativa o di atti amministrativi di settore)	Medio
Processo totalmente vincolato (presenza normativa, procedura codificata)	Basso
2. INTERESSE ESTERNO E RILEVANZA DEL VALORE ECONOMICO	
Destinatari esterni all’Asl/Valore economico elevato	Alto
Destinatari esterni all’Asl/Valore economico moderato/basso	Medio
Destinatari interni all’Asl/Valore economico elevato	Medio
Destinatari interni all’Asl/Valore economico moderato/basso	Basso
3. INCISIVITA' DEI CONTROLLI (valutazione a cura del RPCT)	
Misure applicate ma da migliorare	Alto
Misure applicate ma con criticità	Medio
Misure applicate correttamente	Basso
4. PRECEDENTI GIUDIZIARI E SEGNALAZIONI	

L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi	Alto
L'attività è stata oggetto di segnalazioni	Medio
L'attività non è stata oggetto né di eventi corruttivi né di segnalazioni	Basso

In relazione, infine, alla fase di ponderazione del rischio nell'allegato "Griglia rischio corruttivo" vengono individuate alcune azioni finalizzate alla riduzione dell'esposizione al rischio, fase quest'ultima strettamente connessa a quella di individuazione delle misure di prevenzione di cui ai paragrafi successivi.

2.3.2.9 TRATTAMENTO DEL RISCHIO E CLASSIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Definito il trattamento del rischio quale fase mirante ad individuare i correttivi e le modalità idonee a prevenire i rischi sulla base delle priorità enucleate nella fase di analisi, il presente Piano individua le **misure di prevenzione** del rischio corruttivo con riferimento sia a quelle di natura generale, che incidono in modo trasversale sull'intera amministrazione, sia a quelle specifiche che agiscono in modo mirato su rischi settoriali, caratterizzandosi – dunque – per l'incidenza su problemi specifici.

L'Allegato 1 al P.N.A. 2019 ha individuato alcune tipologie di misure, che possono essere inquadrare sia come **misure generali** che **misure specifiche** e che vengono, qui di seguito, riportate e classificate con apposita sigla:

1. Misure di trasparenza (**MT**),
2. Misure di controllo (**MC**),
3. Misure di formazione (**MF**),
4. Misure di rotazione (**MRo**),
5. Misure di segnalazione e protezione (**MSp**),
6. Misure di semplificazione (**MSe**),
7. Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento (**MPE**),
8. Misure di regolamentazione (**MR**),
9. Misure di sensibilizzazione e partecipazione (**MS**),
10. Misure di disciplina del conflitto di interessi (**MDI**),
11. Misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (**MRR**).

L'elenco e la descrizione delle misure, sia generali che specifiche, individuate ed adottate dal questa Asl sono riportati nel successivo paragrafo di questa Sezione.

Accanto al titolo di ciascuna misura viene inserita una apposita codifica, che riprende le sigle sopra poste a fianco di ciascuna categoria, al fine di ricondurre – in modo sistematico – ciascuna misura aziendale alla definizione tipologica posta dal P.N.A. 2019.

2.3.2.10 MISURE DI PREVENZIONE

2.3.2.10.1 MISURE DI PREVENZIONE GENERALI E SPECIFICHE

- Misure Generali -

1. Si individuano, in via generale, per il triennio 2024 - 2026, le seguenti misure finalizzate a contrastare o a contenere il rischio di corruzione nell'Asl Cn2:

a) Meccanismi di formazione delle decisioni – informatizzazione/digitalizzazione degli atti (MSe)

Per ciascuna tipologia di provvedimento amministrativo è stata già implementata l'informatizzazione dell'intero procedimento e l'archiviazione informatica, con una duplice valenza positiva: la tracciabilità completa delle operazioni al fine di contenere al massimo il rischio di fenomeni corruttivi attraverso la manipolazione dei tempi e/o delle fasi procedurali; la semplificazione dei processi consistente nella dematerializzazione degli atti, che si va ad aggiungere all'incremento nell'uso della posta elettronica certificata (riduzione del consumo di carta, minori tempi di risposta, maggiore trasparenza), nonché ad un avanzato sistema di digitalizzazione sia del Servizio Protocollo che di quello di gestione dei provvedimenti deliberativi. Infatti, dall'agosto 2016 presso l'Asl Cn2 tutti i provvedimenti deliberativi, di competenza del Direttore Generale o dei Dirigenti di Servizio, vengono adottati in digitale, resi immutabili e statici. Ciò ha comportato:

- la revisione degli iter procedurali di formazione delle delibere/determine, che sono stati rivisti e proceduralizzati in modalità informatica;
- la definizione dei nuovi modelli di deliberazioni/determinazioni, delle certificazioni contabili e di intervenuta pubblicazione e di esecutività ad esse correlate;
- l'individuazione dei metadati obbligatori da associare ai provvedimenti anche ai fini delle pubblicazioni di legge e del trasferimento degli stessi nel sistema di conservazione;
- l'adozione di un nuovo regolamento per la gestione informatizzata degli atti e dei documenti amministrativi. Inoltre, oggi tutti gli operatori amministrativi e gran parte di quelli sanitari che sottoscrivono documenti aventi rilevanza esterna sono dotati dall'Azienda di firma digitale e la documentazione informatica prodotta viene formata, gestita e conservata a norma di legge. L'Azienda, nell'anno 2023, ha completato la dotazione di firma digitale per tutti i Responsabili sanitari che adottano atti a rilevanza esterna.

b) Meccanismi di formazione delle decisioni - elenco dei procedimenti e termini di conclusione (MC)

I Referenti del R.P.C.T. precedentemente individuati, trasmettono, entro il 30 novembre di ciascun anno, al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza un report indicante, per le attività a rischio afferenti la o le strutture di competenza:

- il numero dei procedimenti sul quale è stato effettuato un controllo, anche a campione, del rispetto dei tempi del procedimento;
- i tempi medi di conclusione dei procedimenti;
- la segnalazione dei procedimenti per i quali non è stato rispettato l'ordine cronologico di trattazione, con le relative motivazioni.

Il Responsabile della prevenzione e della corruzione pubblica sul sito istituzionale dell'ente i risultati del monitoraggio effettuato sui tempi di conclusione. A tal fine il Responsabile tiene conto anche di eventuali attivazioni, da parte dell'utenza, dell'Autorità sostitutiva di cui alla legge 241/1990.

c) Controllo sulla regolarità degli atti amministrativi (MC)

Il sistema dei controlli interni prevede la disciplina delle seguenti forme di controllo: **controllo di regolarità amministrativa**, controllo di regolarità **contabile**, controllo di **gestione**, controllo **strategico**, controllo sugli **equilibri finanziari**, controllo della **qualità dei servizi erogati**.

Tali controlli rivestono importanza rilevante anche sotto il profilo delle azioni di contrasto ai fenomeni corruttivi.

In particolare, viene evidenziata l'attività svolta dal Collegio Sindacale, dall' O.I.V., anche mediante apposite segnalazioni alla Sezione Regionale della Corte dei Conti.

d) Criteri di rotazione del personale (MRo)

L'Asl Cn2 accoglie la rotazione del personale quale principio generale di organizzazione delle risorse umane, stabilendo che la sua applicazione operativa, sulla base di specifici provvedimenti interni di rimodulazione dell'organigramma aziendale da adottarsi nel triennio 2023/2025, avrà luogo prioritariamente fra i dirigenti e i funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione, sulla base dell'analisi del rischio precedentemente riportata; in particolare la rotazione avverrà in base ai seguenti criteri:

- per le attività in cui il livello di valutazione del rischio è definito "alto" la rotazione, sia per i dirigenti che per i rispettivi funzionari responsabili di posizione organizzativa e/o di servizio e/o di procedimento (con atto del relativo Dirigente);
- per le attività in cui il livello di valutazione del rischio non è stato definito "alto" (contrassegnato quindi con la valutazione medio o basso) la rotazione per le figure di cui al precedente punto viene disposta qualora, sulla base degli aggiornamenti annuali del presente Piano, risulti mutato in senso peggiorativo il livello di valutazione del rischio;
- nei casi in cui è prevista sulla base dei criteri di cui sopra, la rotazione può essere disposta solo al termine dell'incarico, salvi i casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, nei quali la rotazione è immediata;
- al fine di contemperare le misure anticorruptive con le esigenze funzionali dell'Azienda Sanitaria, la rotazione dovrà avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e sanitaria, anche per mezzo di apposite fasi di formazione *ad hoc*, con attività preparatoria di affiancamento interno per consentire al personale coinvolto di acquisire le adeguate competenze;
- la rotazione non si applica per le figure infungibili; sono dichiarati infungibili i profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche o competenze tecniche possedute da una sola unità lavorativa all'interno dell'Azienda e dall'assenza di altre figure equipollenti disponibili in Azienda. Nel relativo provvedimento di conferimento degli incarichi, qualora non si applichi la rotazione, dovrà essere espressamente motivata l'infungibilità;

- con riferimento alle attività classificate ad “alto” rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove non ancora adottate, le azioni che permettano l’interscambiabilità dei ruoli e la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti e adottare misure di controllo atte a prevenire il rischio di condotte corruttive;
- si applica, per quanto compatibile con le esigenze organizzative aziendali, il meccanismo della c.d. “segregazione delle funzioni”, consistente nella assegnazione a funzionari o dirigenti (laddove possibile) diversi – all’interno del Servizio – dei seguenti compiti: a) svolgimento di istruttorie e accertamenti, b) adozione delle decisioni (provvedimenti), c) attuazione delle decisioni prese (esecuzione del provvedimento), d) effettuazione delle verifiche (controllo sull’attuazione del provvedimento stesso). Quale misura di prevenzione del rischio, la diversa articolazione delle competenze, è adottabile in particolar modo nei processi decisionali composti da più fasi e livelli e nei settori a maggior rischio corruttivo potenziale, quali gli acquisti e i servizi tecnici, come così pure – presso l’Azienda – si applica la c.d. “**rotazione funzionale**”, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti così come i componenti delle commissioni interne all’Amministrazione. In particolare, presso i servizi di vigilanza, presenti nel Dipartimento di Prevenzione, la misura della “rotazione funzionale” viene generalmente applicata – compatibilmente con la dotazione organica - in sede di ispezioni e controlli nei confronti di soggetti esterni;
- i Referenti trasmettono al RPCT, entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione in merito all’attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che impediscono o limitano la sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso;
- Inoltre quale “best practice”, in materia di rotazione, con Deliberazione n. 426 del 15.11.2019, successivamente modificato con Deliberazione n. 356 del 17.7.2020, è stato approvato il **Regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione organizzativa del personale del comparto Area Sanitaria e Area Amministrativa/Tecnica**; ed in base a detto Regolamento nel periodo Dicembre 2019 – Febbraio 2022 presso l’Asl Cn2 sono stati banditi gli avvisi interni di selezione e si sono svolti i colloqui per il conferimento degli incarichi di funzione organizzativa.

Ad integrazione del paragrafo descrittivo della presente misura, non possono non esserne evidenziati alcuni profili di criticità. Tale misura appare, infatti, di pressoché impossibile applicazione nei confronti del personale dirigente del ruolo sanitario, laddove – per l’esercizio della professione – è normativamente richiesta la specializzazione cui corrisponde l’assegnazione ad una specifica struttura complessa.

Ma anche per i servizi tecnico-amministrativi si concretizzano serie difficoltà derivanti, comunque, dalla elevata specializzazione professionale richiesta, anche in considerazione delle rilevanti responsabilità giuridiche e contabili in capo a tali soggetti, e dal fatto che – almeno nella nostra Azienda Sanitaria – vi è una situazione fattuale che vede prevalentemente la presenza di un unico dirigente per ciascuna delle strutture sia del ruolo tecnico che di quello amministrativo.

e) Aggiudicazione appalti di lavori, servizi e forniture e affidamenti in economia (MT)

Come previsto dal Codice di comportamento integrativo aziendale, le singole Strutture interessate dall’aggiudicazione di appalti di lavori, servizi o forniture o dall’affidamento in economia, sia previa gara informale, sia mediante affidamento diretto nei casi consentiti, inseriscono nei bandi, negli avvisi, nelle lettere di invito o nei capitolati e, di conseguenza, nei contratti, specifiche clausole che prescrivono l’obbligo

di rispetto del Codice di comportamento e del Codice di comportamento integrativo e la relativa causa di risoluzione in caso di inadempimento.

Tutte le Strutture dell’Azienda provvedono alla pubblicazione, in attuazione della previsione normativa contenuta nell’art. 28 del D.Lgs n. 36/2016 “Codice degli Appalti”, dei dati relativi alla trasparenza dei contratti pubblici.

Dal 1° gennaio 2024 ha acquisito efficacia la disciplina sulla digitalizzazione dell’intero ciclo dei contratti pubblici prevista dal Libro I, Parte II del codice dei contratti pubblici (D.Lgs n.36/2023).

Le disposizioni richiamate impongono alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti di procedere allo svolgimento delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici utilizzando piattaforme di approvvigionamento digitale certificate (PAD). Tale previsione è funzionale a garantire, da parte della Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP), una serie di servizi quali la pubblicità legale e la trasparenza degli atti di gara, ai sensi degli articoli 27 e 28 del Codice, consentendo la trasmissione in tempo reale delle informazioni necessarie, nonché la possibilità di utilizzare appieno il fascicolo virtuale dell’operatore economico (FOE) per le verifiche previste.

L’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), al fine di favorire le Amministrazioni nell’adeguarsi ai nuovi sistemi che prevedono l’utilizzo delle piattaforme elettroniche e garantire così un migliore passaggio verso l’amministrazione digitale, sentito il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, con proprio comunicato del 10.01.2024, allo scopo di consentire lo svolgimento delle ordinarie attività di approvvigionamento i coerenza con gli obiettivi della digitalizzazione, ha autorizzato l’utilizzo dell’interfaccia web messa a disposizione dalla piattaforma contratti pubblici – PCP dell’Autorità, raggiungibile al link <https://www.anticorruzione.it/-/piattaforma-contratti> pubblici, per gli affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro fino al 30 settembre 2024.

In particolare, vengono riportate qui di seguito una articolata serie di misure, adottate dall’Azienda, finalizzate sia alla massima trasparenza che alla prevenzione di condotte illecite o di “*maladministration*” nel settore degli appalti e degli acquisti:

▪ **Set di dati minimo all’interno degli atti relativi ad appalti:**

- presenza dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di global service comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, con evidenziazione degli eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta (art.71) / ristretta (art. 72) / competitiva con negoziazione (art.73) / dialogo competitivo (art.74) / partenariato per l’innovazione (art.75) / negoziata senza previa pubblicazione del bando (art.76);
- importo dell'appalto e le opzioni (rinnovo, proroga, ...), con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto;
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/una tantum), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;

- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP;
- Criterio di aggiudicazione.

▪ **Set di dati oggetto di pubblicazione:**

A partire dal 1° gennaio 2024 la digitalizzazione prevista dal nuovo Codice dei contratti pubblici, ha introdotto rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni relative ai contratti, basate sulla valorizzazione del principio dell'unicità dell'invio (c.d. "once only"), realizzato con la trasmissione di ciascun dato una volta soltanto e ad un solo sistema informativo, che rende disponibile la propria banca dati a tutte le stazioni appaltanti e agli operatori economici interessati: la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), gestita dall'ANAC.

▪ **Altre misure di trasparenza nel settore degli acquisti**

Nella fase di progettazione della gara viene indicata la scelta degli operatori economici tramite l'utilizzo di piattaforme digitali.

Nella fase di istituzione delle commissioni aggiudicatrice, l'Asl Cn2 pubblica le informazioni relative ai nominativi e ai curricula dei componenti in conformità con quanto previsto all'art. 28 del D.Lgs. n.36/2023.

Nella fase di aggiudicazione e stipula del contratto viene effettuato il monitoraggio del tempo intercorrente tra l'aggiudicazione e la data di stipula del contratto, mediante l'applicazione della procedura del c.d. "stand still" per le gare sopra soglia ai sensi dell'art. 18 del Codice dei contratti pubblici;

Nella fase di esecuzione del contratto l'Azienda pubblica i provvedimenti di adozione di varianti, contestualmente alla loro adozione.

▪ **Adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori**

Processi e procedimenti rilevanti

Nella fase di adesione, di competenza dell'Asl Cn2, vengono effettuate le seguenti attività:

- analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza (accordi quadro, convenzioni, SDA, ecc.) e compatibilità con i fabbisogni espressi;
- definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica dei fabbisogni non programmati e comparazione quali-quantitativa con i prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali);
- formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ecc.) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale di committenza.

Nella fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti gli uffici aziendali esaminano gli aspetti legati alla interpretazione delle condizioni contrattuali, alla contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni, alle comunicazioni con la centrale di committenza e alle comunicazioni alla centrale sulle verifiche (di processo, di outcome, ecc.) che la stessa pone in essere.

- Misure del sotto processo adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori

In fase di programmazione:

- evidenziazione, nella programmazione annuale, del ricorso agli strumenti delle centrali di committenza nonché previsione di una sezione separata per le categorie riservate ai soggetti aggregatori;
- previsione di una fase di aggiornamento della programmazione in corso di anno;
- previsioni di audit interni circa il rispetto dei tempi e delle codifiche di prodotti e servizi rilevati dalle centrali di committenza;
- motivazione obbligatoria, sul piano tecnico e gestionale anche mediante valutazioni di appropriatezza d'uso, della formulazione dei bisogni che fuoriescano dagli standard comunicati alla centrale di committenza in corso di programmazione.

In fase di adesione:

- previsione di istanze di controllo interno (o di validazione tecnica) in caso di acquisizione di beni e servizi in quantità diverse da quelle programmate e comunicate;
- adozione di modelli di contratto di adesione ad accordi quadro;
- attivazione di audit interni in caso di segnalazioni, osservazioni o richiami da parte delle centrali di committenza;

In fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:

- pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia;
- motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;
- pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);
- valutazione di outcome (oltre che di conformità, sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali.

L'Asl Cn2 provvede regolarmente alla pubblicazione sul proprio Sito internet delle informazioni richieste ai sensi e nei termini di cui all'art. 1, 32° c. della Legge n. 190/2012 relativamente ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del Codice dei contratti di cui al D. Lgs. n. 50/2016.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 189 del 30.4.2020 è stato adottato il Regolamento aziendale per le spese in economia, relativo alle procedure "sotto soglia" per gli acquisti di lavori, servizi e forniture, predisposto in conformità alle disposizioni dell'art. 36 del D. Lgs. n 50/2016 e delle Linee Guida ANAC n. 4/2016, approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1097 del 26.10.2016, integrato dall'introduzione del regime transitorio per gli affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro fino al 30 settembre 2024 previsto dalla stessa Autorità.

f) Incarichi extra-istituzionali (MPE)

Con la Determinazione del Direttore Generale n. 744 del 18.6.2014 è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di svolgimento di attività extraistituzionali da parte del personale dipendente. Tale documento è regolarmente pubblicato e liberamente consultabile su Amministrazione Trasparente, sezione Disposizioni Generali, sottosezione Atti Generali.

g) Adozione di misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti (c.d. whistleblower) (MSp)

Con l'entrata in vigore D.lg. 10 marzo 2023 n. 24 è profondamente mutata la normativa di riferimento concernente la tutela del c.d. "whistleblower". La procedura interna è stata recentemente oggetto di revisione con l'adozione di apposito regolamento³³, della procedura operativa per la segnalazione e l'attivazione di una nuova piattaforma per la gestione delle segnalazioni accessibile al seguente link: <https://whistleblowing.aslcn2.it/> . Nel 2023 è pervenuta una segnalazione ed è ancora in corso la relativa istruttoria.

h) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse (MDI)

Il nuovo art. 6 bis della Legge n. 241 del 1990 stabilisce che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

L'art. 7 del D.P.R. 62/2013, Codice di comportamento nazionale, così recita: "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

Tale disposizione contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse. Essa contiene anche una clausola di carattere generale in riferimento a tutte le ipotesi in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza".

Sulla base di tale norma:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento ed il dirigente competente ad adottare il provvedimento finale, nonché per i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endo-procedimentali nel caso di conflitto di interesse dei medesimi, anche solo potenziale;
- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

³³ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/procedura-segnalazione-illeciti/>

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endo-procedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e i contro interessati.

Tale norma va letta in maniera coordinata con la disposizione inserita nel Codice di comportamento integrativo aziendale. Quest'ultimo, infatti, contiene disposizioni di dettaglio per l'applicazione dell'obbligo in discorso, cui si rinvia.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

Particolare attenzione viene riservata alla specifica ipotesi di conflitto di interessi disciplinata dall'art. 16 del D. Lgs. n. 36/2023 "Codice dei contratti pubblici". A tale riguardo, in coerenza con la previsione e le indicazioni dell'A.N.A.C. contenute nel PNA 2022, l'Azienda Sanitaria ha elaborato e si è dotata di un apposito modello per l'acquisizione delle dichiarazioni sul possibile conflitto di interessi dei componenti le Commissioni di gara, secondo il modulo "Dichiarazione componenti conflitto di interessi gare" allegato al presente P.I.A.O.

i) Cause ostative al conferimento di incarichi interni all'Asl Cn2; inconfiribilità ed incompatibilità (MPE)
L'art.35bis del D.Lgs. 165/2001 prevede che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

Inoltre, fermo restando quanto previsto dal presente Piano in materia di rotazione, con ulteriori atti organizzativi interni verranno determinati nuovi criteri per l'attribuzione degli incarichi di responsabilità all'interno dell'Asl Cn2, sia per quanto riguarda gli incarichi di coloro che già si trovano all'interno dall'Azienda, sia per gli eventuali incarichi esterni di tipo dirigenziale, anche alla luce delle modifiche all'Atto aziendale attualmente sottoposte a procedura di verifica da parte dei competenti uffici regionali.

Due sono gli istituti con cui il legislatore disciplina la materia degli incarichi nella P.A.: inconfiribilità ed incompatibilità.

L'inconfiribilità, ossia la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi pubblici a coloro che abbiano riportato condanne penali per i c.d. reati del pubblico ufficiale contro la pubblica amministrazione (es. corruzione, concussione, peculato) ovvero che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, ovvero che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (es. Sindaco, Assessore o Consigliere regionale, provinciale e comunale).

Il soggetto che istruisce il provvedimento per il conferimento dell'incarico è tenuto a verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire l'incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D.Lgs. n. 39 del 2013; l'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, allegato al presente Piano, così come previsto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013.

La dichiarazione è condizione per l'acquisizione di efficacia dell'incarico. In caso di violazione delle previsioni in materia di inconfiribilità l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni previste dal medesimo Decreto. La situazione di inconfiribilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconfiribilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'Amministrazione e si palesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, viene rimosso dall'incarico.

L'**inconfiribilità**, cioè "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico", se emergente prima del conferimento dell'incarico, deve essere rimossa prima del formale atto di conferimento. Se la situazione di inconfiribilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D.Lgs. n. 39 del 2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

Anche per l'inconfiribilità l'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, allegato al presente Piano, così come previsto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013.

Nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconfiribilità, entro il 31 gennaio di ogni anno.

Tutte le dichiarazioni ex art. 76 D.P.R. 445/2000 rilasciate dai Dirigenti potranno essere oggetto di controllo a campione, da parte del Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, in merito agli aspetti di inconfiribilità per sentenze penali anche non definitive.

La presente misura si applica presso l'Asl Cn2 nei limiti e in conformità alla Delibera del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione n. 149 del 22 dicembre 2014, adottata a seguito della Sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014.

j) Definizione delle modalità per verificare il rispetto del divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto (c.d. "pantouflage") (MC)

L'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 1, comma 42, della Legge 190/2012 prevede il divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto di pubblico impiego. Per l'Asl Cn2 vengono dettati i seguenti criteri:

- nei contratti di assunzione del personale dovrà essere inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), qualora nel corso degli ultimi tre anni di servizio tale personale eserciti poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Asl Cn2 - presso i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dell'Azienda Sanitaria svolta attraverso i medesimi poteri (provvedimenti, contratti o accordi di altro tipo);
- nei contratti di assunzione già sottoscritti il citato art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165 del 2001 è inserito di diritto ex art. 1339 cc, quale norma integrativa cogente;
- in caso di personale assunto antecedentemente alla c.d. contrattualizzazione del pubblico impiego (quindi con provvedimento amministrativo), il citato articolo 53, comma 16 ter, si applica a decorrere dalla sua entrata in vigore.

I dipendenti interessati dal divieto sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'Asl Cn2 hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (Dirigenti e Responsabili del procedimento secondo quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti).

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata (compresi i casi di affidamento diretto), è inserita la condizione soggettiva di ammissibilità "di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Asl Cn2 nei confronti dell'impresa per il triennio successivo alla cessazione del rapporto". Nei bandi di gara o negli atti prodromici dovrà anche essere previsto che la mancata sottoscrizione di tale clausola dichiarativa sarà sanzionata con l'esclusione dalla procedura di affidamento. Sarà disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento anche nei confronti dei soggetti per i quali emerga la situazione di cui al punto precedente in fase successiva alla aggiudicazione/affidamento o alla stipula del contratto.

L'Azienda Sanitaria agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n. 165 del 2001.

Quale misura integrativa dell'istituto di cui al presente punto j), si prevede che i dipendenti di cui al comma 2, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, sottoscrivano apposita dichiarazione di impegno al rispetto del divieto contenuto all'art. 53, c. 16/ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli; i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con l'Asl Cn2 per i successivi tre anni e gli ex dipendenti che hanno svolto l'incarico hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi percepiti e accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

k) Formazione di commissioni di gara e di concorso (MC) personale

In base a quanto previsto dal nuovo art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione

a pubblici impieghi, per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione di servizi pubblici, per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Sulla base di quanto sopra, prima dell'adozione del provvedimento di nomina delle Commissioni, tenendo conto di quanto previsto in materia dai vigenti regolamenti sull'accesso all'impiego e sull'attività contrattuale, il soggetto competente alla nomina accerta l'inesistenza di tali cause di divieto.

l) Disposizioni relative all'eventuale ricorso all'arbitrato (MR)

Le controversie su diritti soggettivi, derivanti dall'esecuzione dei contratti relativi a lavori, servizi, forniture, concorsi di progettazione e di idee, comprese quelle conseguenti al mancato raggiungimento dell'accordo bonario di cui agli articoli 210 e 211, possono essere deferite ad arbitri.

L'arbitrato si applica anche alle controversie relative a contratti in cui sia parte una società a partecipazione pubblica oppure una società controllata o collegata a una società a partecipazione pubblica, ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile, o che comunque abbiano a oggetto opere o forniture finanziate con risorse a carico dei bilanci pubblici.

Il collegio arbitrale è composto da tre membri ed è nominato dalla Camera arbitrale per i contratti pubblici relativi a lavori, servizi, forniture di cui all'articolo 214. Ciascuna delle parti, nella domanda di arbitrato o nell'atto di resistenza alla domanda, designa l'arbitro di propria competenza. Il Presidente del collegio arbitrale è designato dalla Camera arbitrale tra i soggetti iscritti all'Albo di cui al comma 2 dell'articolo 214. Il Presidente e gli arbitri sono scelti tra soggetti di provata indipendenza ed esperienza nella materia oggetto del contratto cui l'arbitrato si riferisce.

La nomina degli arbitri per la risoluzione delle controversie nelle quali è parte una pubblica amministrazione deve avvenire nel rispetto dei principi di pubblicità e di rotazione, oltre che delle disposizioni del codice.

m) Patti di integrità (MC)

Per "Patto di integrità" si intende un accordo, tra l'Asl Cn2 e i partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato a principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Si tratta di uno strumento, volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici, che svolge una funzione moralizzatrice, sia nei confronti dei concorrenti sia nei confronti dell'Amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'Asl Cn2 ha adottato il "Patto di integrità" (Allegato al presente Piano), pubblicato nella sezione Modulistica – Gare e contratti del sito Internet aziendale. I responsabili delle strutture aziendali preposte alla gestione delle relative procedure devono assicurare l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti responsabili devono, inoltre, curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della

clausola di salvaguardia, in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

Delle eventuali violazioni del Patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza.

n) Dichiarazione ex art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 “Codice degli appalti” (MC)

Il nuovo codice dei contratti pubblici (Dlgs 36/2023) vede una parziale ristrutturazione dell'istituto dei requisiti di ordine generale, ora maggiormente orientata alla semplificazione, grazie allo sviluppo in cinque articoli (dal 94 al 98) in luogo dell'attuale singolo art. 80 del Dlgs 50/2016.

Tra le novità principali troviamo la distinzione tra cause di esclusione “automatiche” e cause di esclusione “non automatiche”. Le prime corrispondono sostanzialmente all' art. 80 del Codice Appalti del 2016 e non prevedono, in capo alla Stazione Appaltante, alcun margine di apprezzamento valutativo in ordine alla sussistenza dei motivi escludenti, trovando anzi una applicazione diretta.

Al contrario, le cause di esclusione non automatiche – tra cui rientra anche l'illecito professionale, al quale cui tuttavia è stata dedicata una autonoma trattazione all'art. 98 – differiscono dalle prime in quanto ammettono un margine di discrezionalità in merito alla decisione espulsiva, come tali meritevoli di attenzione nel processo di mappatura e monitoraggio dei rischi corruttivi.

o) Individuazione del Responsabile Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (RASA) (MT)

Ai sensi dell'art. 33-ter del D.L. n. 179/2012 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 221/2012 è stato individuato quale Responsabile aziendale (c.d. RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli identificativi della stazione appaltante nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti la Dott.ssa Maria Raiteri, Dirigente amministrativo della S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti.

Tale nomina mantiene la propria validità nelle more della piena operatività della previsione normativa di cui all'art. 38 del D. Lgs. n. 50/2016 Codice degli appalti.

p) Rotazione straordinaria ex art. 16, 1° c. lett. l-quater del D. Lgs. n. 154/2001 (MRo)

Tale misura di rotazione e, dunque, di destinazione ad altro ufficio si applica, nei confronti del personale dipendente, nei casi di avvio di procedimento penale o disciplinare per condotta di natura corruttiva, così come previsto dall'art. 16, 1° c. lett. l-quater del D. lgs. n. 165/2001.

L'istituto giuridico qui in oggetto trova il proprio fondamento nella norma di Legge sopra citata, l'Azienda a seguito dell'analisi condotta nel 2023 provvederà nel corso del 2024, contestualmente alle integrazioni al Codice di comportamento aziendale, ad una sua autonoma regolamentazione di dettaglio, mediante l'approvazione di un apposito provvedimento amministrativo interno, in conformità e secondo le indicazioni contenute nella Deliberazione ANAC n. 215 del 26.3.2019 avente ad oggetto “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. Lgs. n. 165 del 2001” cui – al momento – si rinvia ed anche alla luce del Regolamento adottato dalla stessa Autorità Nazionale Anticorruzione con Delibera n. 72 dell'8.2.2022.

Nell'ambito del Codice di comportamento, da sottoporsi a revisione nel corso dell'anno 2024, verrà altresì introdotto l'obbligo per i dipendenti (e soggetti assimilati) di comunicare formalmente all'Azienda notizia dell'avvio di procedimento penale a proprio carico.

q) Adozione del Piano Attuativo di Certificabilità del Bilancio (MT)

Al fine di garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e, di conseguenza, agevolare la verifica ed il controllo sulla correttezza dei pagamenti e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse, questa Azienda, oltre alla attivazione della sezione "Pagamenti dell'Amministrazione" sul mini sito Amministrazione Trasparente, si è dotata di un Piano Attuativo di Certificabilità di Bilancio (P.A.C.), che viene costantemente monitorato ed aggiornato, al fine di porre in essere le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano medesimo.

r) Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo (MR)

In coerenza con le previsioni normative di cui ai Decreti Legislativi n. 109/2007 e n. 231/2017 e al Decreto Ministero dell'Interno del 25.9.2015 l'Asl, con provvedimento n. 611 del 14.10.2022, ha adottato apposito Regolamento per il contrasto dei fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo ed ha individuato – ai sensi dell'art. 6 del D.M. del 25.9.2015 – il soggetto aziendale "Gestore" delle segnalazioni in materia di riciclaggio nella persona della Dott.ssa Simona Dalmasso, Dirigente della S.S. Programmazione e Controllo.

s) Rapporti con enti di diritto privato e società partecipate in controllo pubblico (MRR)

Così come previsto dalla normativa ed in particolare gli artt. 3,2° c. e 41 del D. Lgs. n. 97/2016, gli enti di diritto privato e le società in controllo pubblico, incluse le società in house, sono tenuti ad introdurre e a implementare adeguate misure organizzative e gestionali per ridurre il rischio di corruzione e illegalità e favorire la trasparenza nello svolgimento della propria attività. Qualora questi enti adottino già modelli di organizzazione e gestione del rischio sulla base del D.Lgs. n. 231/2001 nella propria azione di prevenzione della corruzione possono fare perno su essi, estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la pubblica amministrazione previsti dal D. Lgs. n. 231/2001 ma anche a tutti quelli considerati nella Legge n. 190/2012, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente. Tali parti dei modelli di organizzazione e gestione, integrate ai sensi della Legge. n. 190/2012 e del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e denominate Piani di prevenzione della corruzione, devono obbligatoriamente essere pubblicati sul sito internet dell'Ente di diritto privato o della società in controllo pubblico.

Gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono, inoltre, tenuti a nominare un responsabile per l'attuazione dei propri Piani di prevenzione della corruzione, nonché a definire nei propri modelli di organizzazione e gestione dei meccanismi di accountability che consentano ai cittadini di avere notizie in merito alle misure di prevenzione della corruzione adottate e alla loro attuazione. I dati relativi agli enti controllati e alle società partecipate dall'Asl Cn2 vengono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con l'elencazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'Asl o delle attività di servizio pubblico affidate dalla medesima. Nei confronti degli enti di diritto privato e delle società partecipate sottoposti al controllo, che per l'Asl Cn2 si riferisce esclusivamente alla società in house: Società

Consortile A.M.O.S. Srl con sede legale in Cuneo, congiuntamente alle altre Amministrazioni che detengano quote di partecipazione e che risultano essere:

l'Asl Cn1 di Cuneo, l'Asl At di Asti, l'A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo e l'A.O. di Alessandria, e secondo le modalità formalmente definite con le medesime conformemente a quanto indicato nella Deliberazione dell'ANAC n. 1134 del 8.11.2017, l'Asl Cn2 provvede:

- ad effettuare le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dall'Asl Cn2;
- a promuovere l'inserimento, anche negli statuti societari, di meccanismi sanzionatori a carico degli amministratori che non abbiano adottato le misure organizzative e gestionali per la prevenzione della corruzione e il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità;
- alla vigilanza in regime di controllo analogo congiunto, anche mediante appositi patti parasociali con i quali siano definite intese in tale materia, sull'adozione delle misure di prevenzione e sulla nomina del RPCT da parte della società controllata;
- promuovere l'adozione di misure di tutela analoghe a quelle previste dal D.Lgs. n.24/2023 sul c.d. whistleblower;
- promuovere la stipula di protocolli di legalità contenenti la cadenza temporale delle misure da adottare negli enti/società in controllo pubblico cui partecipi;
- a creare nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet dell'Asl Cn2 un link di collegamento al sito internet della società partecipata;
- a procedere, ai sensi del D. Lgs. n. 175/2016, alla revisione straordinaria delle partecipazioni pubbliche, attuata dall'Asl Cn2 con la Deliberazione n. 302 del 29.9.2017 e alla revisione annuale, attuata nel 2023 con provvedimento n. 981 del 22/12/2023.

Ai sensi dell'Orientamento ANAC n. 24 del 23 settembre 2015 confermato dalla previsione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, l'erogazione di somme a qualsiasi titolo da parte dell'Asl Cn2 in favore di enti di diritto privato sottoposti al proprio controllo o di società cui partecipi è subordinato al tempestivo e completo adempimento, da parte dell'ente o della società, degli obblighi di comunicazione dei dati richiesti dall'amministrazione ai fini dell'assolvimento dei propri obblighi di pubblicazione a norma dell'art. 22, comma 1, del D. Lgs. n. 33/2013 e alla completa e tempestiva pubblicazione, nei siti web degli enti controllati e delle società partecipate, dei dati di cui agli artt. 14 e 15 del D. Lgs. n. 33/2013, relativi ai componenti degli organi di indirizzo e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione e consulenza.

Sono esclusi da tale previsione i pagamenti cui l'Asl sia tenuta a fronte di obbligazioni contrattuali per prestazioni rese a suo favore da parte degli enti e delle società di cui all'art. 22, comma 1, lett. da a) a c) del d.lgs. 33/2013, quale è la Società Consortile A.M.O.S. Srl sopra citata.

- Misure Specifiche -

Si individuano, inoltre, le seguenti misure **specifiche** dell'Asl Cn2, relative sia alle Aree generali che alle Aree specifiche di rischio della presente Sezione:

- a. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza degli affidamenti di lavori, servizi e forniture, suddivisi per tipologia di procedura adottata con l'indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento. **(MSp)**.
- b. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione relativo alle proroghe e prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga o la prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga e delle ragioni del mancato espletamento della gara. **(MSp)**.
- c. Predeterminazione dei criteri e loro specifica indicazione negli atti conseguenti per quanto riguarda gli inserimenti di utenti in strutture socio sanitarie e assistenziali pubbliche e private. **(MRR)**.
- d. Autorizzazione delle missioni e controllo dei rimborsi spese dei dipendenti mediante apposita procedura standardizzata, a cura del servizio Amministrazione del Personale. **(MPE)**.
- e. Monitoraggio almeno bimestrale, da parte del Servizio ispettivo aziendale a mezzo del Responsabile della S.C. Amministrazione del Personale, sulle timbrature fuori sede e sulla presenza in servizio di un campione di dipendenti estratto a sorte, e adozione delle conseguenti iniziative o misure correttive in caso di riscontrate anomalie o irregolarità. **(MC)**.
- f. L'Azienda - nel rispetto delle tempistiche indicate dalla Regione Piemonte - ha proceduto all'informatizzazione delle procedure di tutte le prestazioni erogate dai medici dipendenti in regime di libera professione. Il sistema, già utilizzato per le prestazioni erogate nei locali dell'Asl, è stato aggiornato per permettere l'utilizzo della tecnologia web da parte delle strutture esterne alle quali è stato esteso. **(MC)**.
- g. Tutti i centri convenzionati e gli studi privati dei medici in cui si svolge l'attività libero professionale intramoenia allargata sono stati collegati in rete secondo le prescrizioni regionali, e possono accedere - mediante l'applicativo messo a disposizione dall'A.S.L. - alle funzionalità di gestione delle agende di prenotazione, di prenotazione delle prestazioni e di accettazione del paziente per confermare l'avvenuta erogazione delle prestazioni, nonché alle funzionalità per l'incasso delle tariffe dovute con sistemi elettronici e tracciabili. **(MC)**.
- h. L'Asl Cn2 garantisce che lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia avvenga in studi privati effettivamente collegati in rete, in quanto l'autorizzazione allo svolgimento della libera professione, in qualsivoglia sede, non viene concessa sino al momento in cui detta sede non risulti correttamente connessa ed informatizzata nel rispetto delle regole aziendali. **(MRR)**.
- i. Adesione dell'Azienda, a decorrere dal 2020, al Centro Unico Regionale di Prenotazione. **(MSe)**.
- j. Informatizzazione delle Agende di prenotazione, con percorso separato per l'accesso all'attività libero professionale e a quella istituzionale da parte dell'utenza, mediante l'attivazione di percorsi differenziati presso i centri di prenotazione delle varie sedi aziendali. **(MSe)**.
- k. Utilizzo del sistema delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale. **(MR)**.
- l. Funzionamento del sistema "malum", nel caso di mancata disdetta della prenotazione da parte dell'utenza, con addebito del costo della stessa, onde contrastare il fenomeno del c.d. drop out. **(MR)**.
- m. Attivazione di un sistema telefonico/informatico di recall, per la verifica della reale consistenza della lista di attesa. **(MS)**.
- n. Obbligo per ogni tipo di acquisto di attivare la procedura di determina a contrarre, provvedimento pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet aziendale. **(MT)**.

-
- o.** Obbligo di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito Internet aziendale di tutti gli atti di ammissione o di esclusione dalle procedure di gara. **(MT)**.
- p.** Pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” di tutte le aggiudicazioni di gare con relative motivazioni. **(MT)**.
- q.** Regolamento interno e disposizioni operative dirette ai dipendenti e operatori AMOS S.c.r.l coinvolti in ordine alla correttezza, legalità ed eticità del comportamento da tenere, nonché agli obblighi di riservatezza, nella gestione del servizio di camera mortuaria. **(MPE)**.
- r.** Controlli, tramite apposita Commissione aziendale di verifica e sulla base della normativa e delle Linee Guida fissate dalla Regione Piemonte, sui soggetti erogatori privati sia in merito al possesso dei requisiti autorizzativi, nella fase pre-autorizzativa, che sul mantenimento di tali requisiti successivamente, con cadenza almeno annuale e con verifica anche delle performance clinico- assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. **(MC)**.
- s.** Regolamento interno disciplinante gli accessi degli informatori farmaceutici presso i prescrittori aziendali. **(MR)**.
- t.** Attività di vigilanza sulle farmacie convenzionate, mediante apposita Commissione Ispettiva, cui si applica il principio di rotazione dei componenti, sia per quanto concerne i dipendenti aziendali che i soggetti esterni. **(MC) e (MRo)**.
- u.** Utilizzo di banche dati e/o fonti di informazione indipendenti e di articoli scientifici in cui vi sia attestata la eventuale presenza di contributi da parte di sponsor nella attività di informazione sui farmaci svolta nei confronti dei medici di medicina generale e degli specialisti. **(MPE)**.
- v.** Attivazione, sin dal 1.1.2018, di un sistema di pagamento del ticket per prestazioni sanitarie da parte dell’utenza esclusivamente a mezzo bancomat o carta di credito. Viene salvaguardata la possibilità di pagamento, da parte degli utenti, con denaro contante ma esclusivamente a mezzo di bollettino postale (in casi limitati) o tramite MAV presso gli sportelli bancari. Tali misure organizzative sono finalizzate a garantire la massima tracciabilità delle operazioni. **(MR) e (MT)**.
- w.** Attivazione, sin dal 2018, di un “Ufficio Trasporti” aziendale, chiamato a gestire tutti i servizi di trasporto sanitari dell’Asl, ivi compresi quelli a favore dell’utenza esterna avente diritto. La gestione centralizzata ed unificata di tale attività, la cui procedura è dettagliatamente disciplinata attraverso apposita modulistica autorizzativa (regolarmente pubblicata sul sito internet aziendale) garantisce la trasparenza degli interventi e la par condicio fra tutti i soggetti (Associazioni di volontariato, CRI, ecc....) che forniscono tale servizio a favore dell’Asl, in ciò costituendo misura peculiare ed originale di questa Azienda Sanitaria, preventiva di possibili condotte illecite. **(MT) e (MRR)**.
- x.** In conformità alla previsione di cui all’art. 99, 5° c. del D.L. n. 18/2020 (convertito dalla Legge n. 27/2020) è stato pubblicato su Amministrazione Trasparente, sezione Interventi straordinari e di emergenza, il Rendiconto completo (utilizzando il modulo predisposto dall’ANAC) della raccolta fondi a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da Covid 19 relativo al periodo 12.3.2020/31.12.2020 (in cui si è svolta la raccolta) con la descrizione relativa all’utilizzo – da parte dell’Azienda – delle somme ricevute quali donazioni finalizzate. **(MT)**.
- β.** E’ stato istituito, con Deliberazione n. 247 del 9.8.2017, il “**Registro degli accessi**”, che consiste in un elenco cronologico e per tipologia delle richieste pervenute all’Azienda con indicazione dell’oggetto, data ed esito della decisione assunta dall’Amministrazione in relazione alle istanze di accesso (civico,

generalizzato e documentale) pervenute. Il registro è pubblicato sul sito Internet aziendale, sezione Amministrazione Trasparente, sotto sezione “Altri contenuti – Accesso Civico” e viene aggiornato quadrimestralmente **(MT)**

Ω. Dall’anno 2020 è stato attivato, presso la S.S. Bilancio e Contabilità, un apposito software dedicato alla contabilizzazione specifica delle spese sostenute per gli acquisti collegati all’emergenza Covid-19. **(MC) e (MT).**

2.3.2.11 INTERVENTI DI ATTUAZIONE DEL PNRR – MISURE DI TRASPARENZA E DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Nel sito Internet istituzionale in Amministrazione Trasparente, sezione Altri contenuti, sottosezione “Attuazione misure PNRR”³⁴ vengono pubblicati i principali provvedimenti che l’Asl Cn2, in qualità di soggetto attuatore delegato esterno, ha adottato per la realizzazione degli interventi previsti e finanziati dal PNRR. Ecco, di seguito, il link di collegamento:

Sono stati individuati, con vari provvedimenti aziendali, i RUP dei singoli interventi, nonché il RUR (Riferimento Unico Regionale) nella persona del Direttore della S.C. Bilancio Programmazione e Controllo. Tutti i soggetti coinvolti hanno certificato l’assenza di potenziali conflitti di interesse relativamente agli interventi.

Con Deliberazione del 04/10/2022 n. 611 l’Asl ha adottato il Regolamento, richiamato nelle Linee guida MEF in tema di interventi PNRR, per il contrasto dei fenomeni di antiriciclaggio e prevenzione del terrorismo. Lo stato di avanzamento degli interventi è coordinato dall’apposito Ufficio Regionale preposto al controllo degli adempimenti, con cui sono attive costanti comunicazioni al fine di rispettare le “milestones” relative agli interventi previsti. Attualmente gli interventi dell’Asl Cn2 non sono ancora nella fase di rendicontazione.

In relazione agli aspetti organizzativi e procedurali, va evidenziato come il DICR (Dipartimento Interaziendale Contabilità e Risorse), nelle proprie sedute periodiche, ha coadiuvato le Aziende Sanitarie piemontesi nelle azioni propedeutiche alle attività di monitoraggio degli interventi PNRR. In particolare, sono state fornite indicazioni circa le modalità di adozione delle deliberazioni aziendali, di tracciamento delle spese sostenute e rendicontazione tramite piattaforma Regis. La S.C Bilancio, Programmazione e Controllo dell’Asl Cn2 ha emanato specifiche direttive di natura organizzativa e contabile ai Servizi aziendali coinvolti nella gestione degli interventi PNRR.

Per ciascun intervento, in particolare:

³⁴ <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/attuazione-misure-pnrr/>

- è stato richiesto il codice CUP,
- sono stati richiesti i codici CIG per la tracciabilità dei flussi finanziari e le relative certificazioni antimafia (conti correnti dedicati) ex l. 136/2010,
- è stata verificata la regolarità fiscale (verifiche ex art. 48bis DPR 602/73,
- è stata verificata la regolarità previdenziale mediante piattaforma DURC on line,
- sono state effettuate le verifiche antiriciclaggio in caso di segnalazione da parte del responsabile.

E' stato, altresì, istituito un apposito budget trasversale in modo da tracciare il CUP in ogni fase (ordine, liquidazione e fattura). In linea generale è stato richiesto ai Servizi un preventivo avallo della S.C. Bilancio nella redazione delle delibere e determine in modo da verificarne la correttezza formale e sostanziale. A ciò si aggiunge una procedura di controllo "rafforzata" sugli atti deliberativi riguardanti il PNRR da parte del Collegio Sindacale, che richiede la trasmissione di tutti gli atti deliberativi dell'Ente, prescindendo dalle verifiche a campione che caratterizzano le verifiche sugli altri atti.

Va comunque rimarcato che gli affidamenti, per le gare collegate ai finanziamenti del PNRR, sono perlopiù collegati ad adesioni agli Accordi Quadro CONSIP, Centrale di Committenza che assume, quindi, l'onere di numerose verifiche di regolarità sui fornitori aggiudicatari, sgravando così, in parte, l'Azienda Sanitaria da tale onere.

2.3.2.12 RIESAME DELLE MISURE

L'Azienda anche nel 2024 procederà – con il coordinamento e sotto la responsabilità dell'RPCT – ad un riesame, con cadenza annuale, del funzionamento complessivo del sistema aziendale di prevenzione della corruzione.

Partendo dall'esame analitico degli esiti del monitoraggio svolto con riferimento all'anno precedente, delle misure di prevenzione adottate, sia di carattere generale che specifiche, e con il contributo dinamico dell'OIV e dei Referenti aziendali del Piano, avvalendosi a tal fine anche degli esiti e dei dati di misurazione della qualità rilevata dall'Ufficio Qualità aziendale e della misurazione della performance elaborate dalla S.S. Programmazione e Controllo, si procederà all'individuazione delle misure che, alla luce dell'esperienza concreta, mantengono la loro efficacia finalistica nonché all'individuazione – alla luce dell'esame delle varie fasi del processo di gestione del rischio – di eventuali, nuove e più idonee misure di prevenzione.

2.3.2.13 CODICE DI COMPORTAMENTO INTEGRATIVO

Il Codice costituisce, in base a quanto previsto dalla legge 190/2012, dall'art. 54 del D.Lgs. 165/2001 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, un imprescindibile strumento di contrasto ai fenomeni corruttivi e un elemento complementare del presente Piano triennale.

Sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 62/2013 e dalle Linee Guida di settore emanate dall'A.N.A.C. indirizzate specificamente agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale e approvate con Deliberazione del Consiglio Generale n. 358 del 29.3.2017, lo schema di Codice di comportamento integrativo dell'Asl Cn2, redatto dal Responsabile per la prevenzione della corruzione, è stato posto in partecipazione a mezzo di

pubblicazione sul sito internet dell'Azienda e, ai sensi dell'art. 54, 5° c. del D. Lgs. n. 165/2001, è stato sottoposto al parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è espresso favorevolmente con nota prot. n. 3801925 del 31.10.2018 e, infine, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 19.12.2018. Si precisa che il Codice di comportamento aziendale³⁵ risulta coerente con le Linee Guida regionali, adottate con Delibera della Giunta Regionale del Piemonte n. 9 – 4694 del 25.2.2022.

Nel corso dell'anno 2024 l'Amministrazione provvederà ad aggiornare il Codice di comportamento aziendale alla luce delle novità normative introdotte dal D.L. n. 36/2022 convertito in legge con provvedimento n. 79/2022 e dal D.P.R. di modifica del D.P.R. n. 62/2013 al momento approvato, quale schema, dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 1.12.2022. Nell'ambito di tale aggiornamento, l'Asl Cn2 procederà anche ad adeguare il Codice aziendale alle indicazioni, fornite dall'Autorità nazionale anticorruzione con il PNA 2022, in materia di divieto per i dipendenti, che negli ultimi tre anni abbiano esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto della P.A., di svolgere nei tre anni successivi dalla cessazione del rapporto di lavoro attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (il c.d. *pantouflage*), ai sensi dell'art. 53, c. 16-ter del D. Lgs. n. 165/2001.

2.3.2.14 FORMAZIONE DEL PERSONALE IMPEGNATO NEI SETTORI A RISCHIO

1. Il Responsabile della prevenzione della corruzione elabora in collaborazione con la Responsabile della SS Formazione, nell'ambito di questa Sezione del P.I.AO. e tenendo conto di quanto segnalato dai Dirigenti, la proposta del Piano formativo aziendale relativa alla materia della prevenzione della corruzione per gli ambiti maggiormente esposti. **(MF)**.
2. A tal fine i Dirigenti devono proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione i dipendenti da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 10 dell'art. 1 legge 190/2012 con specifico riferimento alle materie inerenti le attività a rischio di corruzione individuate nel presente Piano, nonché comunicando il grado attuale di informazione e di conoscenza dei dipendenti stessi.
3. Le materia oggetto della formazione devono riguardare i temi oggetto delle attività a rischio sotto il profilo della legalità e dell'etica, mediante sessioni esterne avvalendosi di apposite strutture, anche convenzionate, o sessioni interne all'Ente, tenute dal Responsabile della prevenzione della corruzione e dai Dirigenti.
4. Le metodologie formative devono prevedere la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione (analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi).
5. Le attività formative devono essere distinte in processi di formazione "base" e di formazione "continua". Non potranno essere inferiori a 8 ore annue documentate.

In particolare, nel 2024:

- sarà organizzato un corso di formazione specifica per i Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza;

³⁵ *Link di collegamento:* [Microsoft Word - 2018 bozza codice comportamento Asl Cn2.doc](#)

- l'azienda parteciperà al "Forum RPCT ASR Piemonte" in pianificazione nel primo semestre 2024;
- sarà organizzato un evento pubblico aziendale aperto alle istituzioni territoriali sul tema dell'anticorruzione e della trasparenza con la partecipazione di relatori di rilievo nazionale.

6. All'esito della formazione, nella relazione annuale, il Responsabile della prevenzione della corruzione, anche avvalendosi delle relazioni dei Dirigenti, riporta gli esiti del monitoraggio e i risultati ottenuti.

7. Il Responsabile della prevenzione della corruzione, con la definizione e il monitoraggio del Piano formativo aziendale, assolve la definizione delle procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

8. La partecipazione alle attività previste dal Piano di formazione da parte del personale selezionato rappresenta un'attività obbligatoria.

Per quanto concerne la formazione specifica dell'RPCT, si precisa che il RPCT partecipa all'attività formativa specialistica, promossa e coordinata dall'Assessorato Regionale alla Sanità del Piemonte, rivolta a tutti i Responsabili per la prevenzione della corruzione e la trasparenza delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

2.3.2.15 PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA

2.3.2.15.1 TRASPARENZA E ACCESSIBILITA'

1. Gli interventi normativi degli ultimi anni hanno attribuito al concetto di trasparenza nuovi significati, qui di seguito sinteticamente riportati:

- accessibilità totale a dati e documenti detenuti dall'Azienda allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli utenti e dei soggetti interessati all'attività dell'Ente e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche assegnate all'Asl Cn2;
- controllo diffuso di ogni fase del ciclo di gestione della performance;
- prevenzione dei fenomeni corruttivi e promozione dell'integrità.

2. La trasparenza ha quindi una duplice funzione: "statica", che si configura essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati della PA per finalità di controllo sociale, e "dinamica", fortemente ancorata al concetto di *performance* in un'ottica di miglioramento continuo.

3. Con la pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, la trasparenza si pone, inoltre, come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà.

4. Con la redazione del presente Programma Triennale per la Trasparenza l'Asl Cn2 vuole indicare le principali azioni e linee di intervento che intende perseguire in tema di trasparenza e sviluppo della cultura della legalità, sia all'interno della struttura aziendale che nei rapporti con la società civile e con la propria utenza.

5. Il programma, che viene aggiornato ogni anno, si pone quindi come strumento rivolto essenzialmente ai cittadini e alle imprese e per questo ne è stata privilegiata la chiarezza e comprensibilità dei contenuti.

2.3.2.15.2 OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI IN MATERIA DI TRASPARENZA

1. La trasparenza amministrativa, nella sua accezione più ampia, assicura la massima circolazione possibile delle informazioni sia all'interno del sistema amministrativo, sia fra quest'ultimo ed il mondo esterno.
2. Il Programma Triennale della Trasparenza rappresenta, pertanto, uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica dell'Azienda e permette di informare cittadini e imprese riguardo a obiettivi posti e risultati conseguiti.
3. La pubblicazione dei dati relativi alla performance rende comparabili i risultati raggiunti, avviando un processo virtuoso di confronto e crescita.

Obiettivi strategici di trasparenza

Gli obiettivi strategici dell'Asl Cn2 per il triennio 2024 – 2026 sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati dall'Azienda.

Vengono, pertanto, individuati i seguenti obiettivi:

- Massima tracciabilità e trasparenza dell'utilizzo delle risorse finanziarie assegnate;
- Piena attuazione degli obblighi di trasparenza specifici e settoriali derivanti dall'applicazione del Codice dei Contratti pubblici;
- Garanzia per l'utenza di una adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, al fine di rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;
- Controllo diffuso sulla performance aziendale;
- Garanzia di integrità e legalità dell'azione amministrativa e assistenziale, mediante specifica rendicontazione della correttezza ed efficacia degli atti e delle azioni dell'Azienda;
- Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- Revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interesse, dal regolamento privacy/trasparenza);
- Consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- Miglioramento, mediante azioni finalizzate, di un rapporto diretto e dialogante fra l'Azienda ed i cittadini, anche mediante la piena attuazione delle misure e dei rimedi a tutela previsti nel Regolamento di pubblica tutela approvato con Deliberazione n. 281 del 22.9.2017.

Obiettivi operativi di trasparenza di medio periodo (tre anni) sono:

- implementazione dei nuovi sistemi di automazione per la produzione e pubblicazione di dati;
- implementazione della pubblicazione di dati e informazioni ulteriori rispetto a quelli per i quali vige l'obbligo di pubblicazione;
- rilevazione automatica del livello di soddisfazione degli utenti per mettere meglio a fuoco i bisogni informativi degli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione;

- organizzazione delle Giornate della trasparenza (o di analoghe iniziative di comunicazione e informazione).

Obiettivi operativi di trasparenza di breve periodo (un anno) sono:

- aumento del flusso informativo interno all'Ente, mediante la strutturazione di varie iniziative organizzative e operative (incontri, potenziamento del sito internet, comunicazioni interne);
- ricognizione e utilizzo delle banche dati e degli applicativi già in uso al fine di identificare eventuali, ulteriori possibilità di produzione automatica del materiale richiesto;
- progressiva riduzione dei costi relativi all'elaborazione del materiale soggetto agli obblighi di pubblicazione.

2.3.2.15.3 SOGGETTI RESPONSABILI

1. Il Direttore Generale approva annualmente il Programma Triennale della Trasparenza (PTT) nell'ambito della Sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. ed i relativi aggiornamenti.

2. Il Responsabile della Trasparenza, nella persona del Responsabile per la prevenzione della corruzione, coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'O.I.V.

3. A tal fine promuove e cura il coinvolgimento di tutti i Referenti e si avvale in particolare del supporto delle strutture addette a programmazione e controllo, comunicazione e web.

4. L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità, esercita un'attività di impulso nei confronti dell'Organo di indirizzo (Direttore Generale) e del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza per l'elaborazione del relativo programma.

5. I Referenti in particolare e i restanti Dirigenti aziendali, laddove richiesti, hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del Programma Triennale della Trasparenza per la parte di loro competenza. Collaborano, inoltre, alla realizzazione delle iniziative volte, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Tabella 18 Fasi di elaborazione e adozione del programma trasparenza

Fase	Attività	Responsabili
Elaborazione e aggiornamento	Promozione e coordinamento processo di formazione PTT	R.P.C.T. O.I.V.
	Individuazione contenuti	R.P.C.T. Referenti
	Redazione	R.P.C.T. Referenti
Approvazione	Approvazione Deliberazione	Direttore Generale

Attuazione	Attuazione iniziative del PTT Elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati	R.P.C.T. Referenti
	Controllo dell'attuazione del PTT e delle iniziative previste	R.P.C.T. Referenti
	Verifica e rapporto su assolvimento obblighi trasparenza	R.P.C.T. O.I.V.

2.3.2.15.4 DATI DA PUBBLICARE

1. L'Asl Cn2 pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti per cui vige l'obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs 33/2013 così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016.
2. Sul sito sono presenti anche informazioni non obbligatorie ma ritenute utili per il cittadino.
3. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità.
4. L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali e dei Soggetti Responsabili cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nella Tabella "Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegata al presente Piano.
5. I dati e tutto il materiale oggetto di pubblicazione deve essere prodotto e inserito in formato aperto o in formati compatibili alla trasformazione in formato aperto.
6. Le norme sulla trasparenza e nello specifico quelle previste anche dalla legge Anticorruzione (n. 190/2012) devono essere applicate anche dalle società partecipate dall'Asl Cn2 e dalle società e enti da essa controllate o vigilate qualora esistenti.
7. In caso di esplicita richiesta potranno essere pubblicati, sul sito istituzionale dell'Asl Cn2, i link al materiale relativo a appalti, concorsi, incarichi, o altri dati già pubblicati sui siti di proprietà delle società partecipate o controllate.
8. Nella pubblicazione di dati e documenti e di tutto il materiale soggetto agli obblighi di trasparenza, deve essere garantito il rispetto delle normative sulla privacy. Tale pubblicazione deve, infatti, avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) n. 2016/679, quali liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilità" del titolare del trattamento.

In particolare, deve essere posta particolare attenzione nella redazione di documenti, atti e loro allegati (per esempio curriculum), all'interno dei quali non devono essere resi intelleggibili:

- dati personali non pertinenti con l'obbligo alla trasparenza;
- dati sensibili (in particolare in relazione allo stato di salute) non indispensabili;
- dati giudiziari non indispensabili.

Inoltre, l'Asl Cn2, con provvedimento n. 921 del 29.6.2022, ha individuato – ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016 - il Responsabile della protezione dei dati, denominato anche come DPO (Data Protection Officer), nella persona del Avv. Giuseppe Cannella, i cui dati di contatto, comunicati al Garante per la protezione dei dati personali, sono pubblicati sul sito internet aziendale nella sezione “Privacy Policy”.

Per quanto concerne la disciplina dei rapporti fra il R.P.C.T. ed il Responsabile della protezione dei dati, vale quale principio operativo generale quello di una funzionale collaborazione nell'interesse dei valori tutelati sia dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza che in materia di protezione dei dati personali.

Si segnala, inoltre, che con provvedimento n. 733 del 05/10/2023 è stata aggiornata la composizione del Gruppo Privacy con finalità di collegamento fra il DPO e le strutture dell'Asl Cn2 al fine di promuovere – all'interno dell'Azienda – la diffusione della cultura in materia di protezione dei dati personali.

9. Per quanto attiene alle notizie su dipendenti, dirigenti, titolari di incarichi, amministratori, non devono essere mostrate informazioni relative a:

- natura di eventuali infermità;
- impedimenti personali o familiari;
- componenti della valutazione;
- altri dati sensibili.

10. I dati pubblicati possono essere oggetto di riutilizzo e rielaborazione da parte di privati, enti, aziende e di chiunque sia interessato, in linea con quanto stabilito dalle vigenti disposizioni.

2.3.2.15.5 IL PROCESSO DI PUBBLICAZIONE

1. La pubblicazione dei contenuti deve essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel D.Lgs 33/2013, in cui si prevede che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria devono essere pubblicati in formato di tipo aperto, nonché riutilizzabili senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

2. I dati oggetto di pubblicazione sono elaborati e aggiornati direttamente dalle strutture organizzative di cui all' allegato “Elenco degli obblighi di pubblicazione”, sotto la responsabilità diretta dei Soggetti ivi nominativamente individuati che provvedono a verificarne la completezza e la coerenza con le disposizioni di legge in materia di trasparenza e alla loro pubblicazione. I dati vengono poi pubblicati, per il tramite tecnico della S.C. Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo, sul Sito istituzionale dell'Azienda nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

3. Il R.P.C.T., oltre alla elaborazione e pubblicazione delle informazioni e dati di propria competenza diretta, provvede al controllo della regolarità e completezza dei dati pubblicati sul Sito internet aziendale, Sezione “Amministrazione Trasparente”.

2.3.2.15.6 AGGIORNAMENTO

1. I contenuti del Programma Trasparenza sono oggetto di costante aggiornamento sullo stato di attuazione ed eventuale ampliamento degli obblighi, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni di legge.
2. Per ciascuna tipologia di informazione sono individuate le modalità e la tempistica da utilizzare per l'aggiornamento dei dati, nonché la Struttura aziendale responsabile dell'aggiornamento.

2.3.2.15.7 USABILITA' E COMPRESIBILITA' DEI DATI

1. Le Strutture aziendali devono curare la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.
2. In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

Tabella 19: Caratteristiche per la pubblicazione.

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto occorre: <ol style="list-style-type: none"> a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.

In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante links facilmente individuabili.
-------------------	---

2.3.2.15.8 CONTROLLO E MONITORAGGIO

1. Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl Cn2, concorrono, oltre al Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza e all'O.I.V., i Referenti del Piano e, più complessivamente, tutti gli uffici dell'Amministrazione e i relativi Dirigenti.
2. In particolare il R.P.C.T. svolge il controllo sull'attuazione del Piano Trasparenza e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'O.I.V. su eventuali inadempimenti e ritardi.
3. A tal fine il R.P.C.T. evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione.
4. Decorso infruttuosamente tale termine, il R.P.C.T. è tenuto a dare comunicazione all'O.I.V. della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.
5. Spetta, infatti, all'O.I.V. il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità.
6. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati.

2.3.2.15.9 TEMPI DI ATTUAZIONE

L'attuazione degli obiettivi previsti per il triennio si svolgerà entro le date previste nel presente programma, come di seguito indicato:

Anno 2024

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro il 31 marzo 2024;
- Partecipazione all'organizzazione degli eventi formativi esplicitati in apposita sezione.
- Introduzione sperimentale di un sistema aziendale di rilevazione automatica del livello di soddisfazione di alcuni servizi resi dall'Azienda, entro il 31 dicembre 2024.

Anno 2025

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 marzo 2025;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza (o analoga iniziativa di comunicazione e informazione) entro 31 dicembre 2025;
- Valutazione esiti della sperimentazione su sistema aziendale di rilevazione automatica del livello di soddisfazione di alcuni servizi resi dall'Azienda, entro il 31 dicembre 2025 Anno 2026.

Anno 2026

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 marzo 2025;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza (o analogo iniziativa di comunicazione e informazione) entro 31 dicembre 2026;
- Definizione di obiettivi e azioni specifiche volte al miglioramento del grado di soddisfazione dei servizi monitorati resi dall'azienda.

2.3.2.15.10 SANZIONI

1. Il D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. prevede esplicitamente che "i Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".
2. La mancata predisposizione del P.T.P.C.T. e l'inadempimento agli obblighi di pubblicazione possono dare luogo a diverse tipologie di sanzioni.
3. L'avvio del procedimento per l'irrogazione della sanzione a carico dei Soggetti responsabili e l'identificazione del titolare del potere sanzionatorio, avviene secondo quanto disposto nel Codice disciplinare relativo al personale dirigente, approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 2017 del 30.12.2009.

2.3.2.15.11 ACCESSO CIVICO

La regolamentazione aziendale e la modulistica inerente all'esercizio, da parte dell'utenza, del diritto di accesso sono reperibili al seguente link: <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accesso-civico/> e saranno oggetto di revisione nel corso del 2024.

2.3.2.15.12 COLLEGAMENTI CON LA SOTTOSEZIONE PERFORMANCE ED IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

1. Il Piano della Performance e il Sistema di misurazione e valutazione della Performance sono strettamente connessi ed integrati con il P.T.P.C.T. Tale integrazione è volta a garantire la piena ed effettiva conoscibilità e comparabilità dell'agire dell'Azienda.
2. A tal fine, in sede di predisposizione dei documenti aziendali di programmazione dell'attività per il triennio 2023/2025, e nel contesto della Sottosezione Performance 2024-2026, verranno inseriti idonei riferimenti ai principi e alle misure normativamente previste in materia di anticorruzione e di trasparenza, al fine di consentire ai cittadini di conoscere, comparare e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato dell'Azienda.
3. La Direzione aziendale, in collaborazione con il R.P.C.T., fornirà, nel corso dell'anno 2024, ai Referenti del Piano apposite raccomandazioni finalizzate al recepimento – nell'ambito della loro attività istituzionale – degli obiettivi strategici ed operativi fissati dalla presente Sezione.
4. Si riportano qui di seguito in forma sintetica gli obiettivi strategici, per il triennio 2024-2026, individuati dalla Direzione aziendale nell'ambito del Piano della Performance:

Obiettivo specifico	2024	2025	2026
Accessibilità	Governo dei tempi di attesa con rispetto delle soglie previste dal PRGLA. Completamento della gestione org.va attività ambulatoriale in linea con il piano operativo regionale	Governo dei tempi di attesa con rispetto delle soglie previste dal PRGLA. Completamento della gestione org.va attività ambulatoriale in linea con il piano operativo regionale	Governo dei tempi di attesa con rispetto delle soglie previste dal PRGLA. Completamento della gestione org.va attività ambulatoriale in linea con il piano operativo regionale
Accessibilità	<p>Sviluppo dei servizi prossimità attivazione delle UCA e attivazione ambulatori PSDTA della cronicità nelle Case della Comunità hub (Alba e Bra). Formazione e diffusione informative privacy allo sportello unico. Miglioramento qualitativo delle relazioni cittadino utente presso i front-office aziendali attraverso pratiche di uniformità dei processi e il prendersi cura delle situazioni.</p> <p>programmazione CDCD aziendale.</p> <p>consolidamento attività degli ambulatori cronicità esistenti.</p> <p>attivazione CAVS Verduno (15 pl) oltre al già esistente CAVS di canale</p>	<p>Sviluppo dei servizi prossimità espansione rete degli ambulatori della cronicità. Formazione e diffusione informative privacy allo sportello unico.</p> <p>Miglioramento qualitativo delle relazioni cittadino utente presso i front-office aziendali attraverso pratiche di uniformità dei processi e il prendersi cura delle situazioni.</p> <p>attivazione CDCD</p> <p>attivazione percorsi per pazienti cronici arruolati nei PSDTA: inclusione in programmi di attività fisica, disassuefazione fumo, fisioterapia.</p> <p>attivazione percorsi specifici di attività fisica (EFS,AFA)</p>	<p>Sviluppo dei servizi prossimità. Formazione e diffusione informative privacy allo sportello unico. Miglioramento qualitativo delle relazioni cittadino utente presso i front-office aziendali attraverso pratiche di uniformità dei processi e il prendersi cura delle situazioni.</p> <p>ampliamento dell'offerta di presa in carico dei pazienti cronici consolidamento modelli di offerta (ambulatori cronicità, UCA, arruolamento PSDTA)</p>
Sanità digitale e telemedicina	<p>Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) anche attraverso sportelli dedicati sul territorio.</p> <p>Identificazione di fasi assistenziali in cui garantire un controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico</p>	<p>Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) anche attraverso sportelli dedicati sul territorio.</p> <p>Implementazione di attività di controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un</p>	<p>Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) anche attraverso sportelli dedicati sul territorio.</p> <p>Implementazione di attività di controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico).</p>

		percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico	
Piano locale della cronicità/fragilità	<p>Attuazione del Piano Locale Cronicità e dei servizi per la fragilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> -incontri di gruppo miglioramento -messa a regime dei percorsi cronicità (BPCO,MRC,MO,SC) -attivazione 15 posti letto CAVS aggiuntivi -presa in carico domiciliare 10% over 65 anni -attivazione 1 COT unica nel PO di Verduno -agevolazione dimissione in DGR10/22 per pazienti fragili -attivazione ambulatori IFEC nelle CDC HUB e nell'area interna di Cortemilia 	<p>Ulteriore sviluppo delle azioni previste dal Piano:</p> <ul style="list-style-type: none"> -attivazione 2 COT (uno per distretto) -messa a regime di un UCA per distretto -proposte di integrazione con il piano attuativo per la medicina di genere in relazione alle indicazioni della regione Piemonte -programmazione ospedale di comunità (1 per distretto) -introduzione progetti di equità mirati e condivisione con servizi sociali EE GG 	<p>Messa a regime delle azioni previste dal Piano:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aggiornamento e incontri del gruppo di miglioramento integrazione con piano attuativo per la medicina di genere -prosecuzione lavori per completamento di 2 ospedali di comunità (2026) -integrazione con servizi sociali EE GG per progetti di equità potenziamento CAVS Verduno (a regime 20 PL)
Promozione della salute e prevenzione	<p>Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2021.</p>	<p>Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2022</p>	<p>Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2023</p>
Promozione della salute e prevenzione	<p>Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della prevenzione 2024</p>	<p>Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2025</p>	<p>Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2026</p>

Edilizia sanitaria	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza
Miglioramento Percorsi e Appropriatezza	Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali Creazione e impostazione CAS unificato	Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali Implementazione di tutti i percorsi afferenti al CAS unificato	Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali Implementazione di tutti i percorsi afferenti al CAS unificato
Equilibrio Economico Finanziario	Analisi consumi legati a farmaci e dispositivi medici e proposte di efficientamento a livello dipartimentale	Analisi consumi legati a farmaci e dispositivi medici e proposte di efficientamento a livello dipartimentale	Analisi consumi legati a farmaci e dispositivi medici e proposte di efficientamento a livello dipartimentale
Formazione anticorruzione e trasparenza	Realizzazione corso di formazione specifico per i Referenti del piano triennale anticorruzione e trasparenza	Realizzazione corso di formazione specifico per i professionisti coinvolti nella gestione dei contratti	Realizzazione di iniziative volte alla diffusione della cultura della trasparenza e del contrasto alla corruzione.

5. Nella Relazione sulla Performance viene annualmente dato conto dei risultati raggiunti in materia di contrasto al fenomeno della corruzione e di trasparenza dell'azione amministrativa, sotto il profilo della performance organizzativa, rispetto a quanto contenuto nel PTPCT.

2.3.2.16 RUOLO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'O.I.V. verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti aziendali di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

L'O.I.V. può richiedere al R.P.C.T. aziendale le informazioni e documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

L'Organismo Indipendente di Valutazione utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza al fine della misurazione e valutazione della performance sia organizzativa, sia individuale del R.P.C.T e dei Soggetti responsabili della trasmissione dei dati individuati nell'allegato "Elenco degli obblighi di pubblicazione" del presente Piano.

L'O.I.V. riferisce all'Autorità Nazionale Anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza

2.3.2.17 MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO

I Referenti aziendali, secondo quanto previsto dal presente Piano, trasmettono al R.P.C.T. la relazione sulle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione; il Responsabile, a sua volta, predispone la propria relazione generale recante i risultati dell'attività svolta.

Nelle relazioni dei Referenti dovranno essere trattati in modo particolare i seguenti aspetti:

- Le risultanze del monitoraggio dei tempi di conclusione e le altre informazioni sui procedimenti di competenza;
- Gli esiti delle attività formative;
- L'eventuale attività di rotazione del personale;
- Se vi siano state denunce di violazioni e le modalità di relativa gestione;
- L'attestazione dell'inserimento dell'apposita clausola in merito al divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto;
- Le richieste di attività ed incarichi extra istituzionali e i relativi provvedimenti autorizzativi e di diniego;
- L'attestazione della previsione nei bandi di gara, avvisi pubblici, lettere invito, contratti, del rispetto del Codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e del Codice di comportamento integrativo;
- Le eventuali richieste riguardanti gli obblighi di astensione dei responsabili dei servizi o dei procedimenti, con i conseguenti provvedimenti adottati;
- Gli eventuali suggerimenti per l'ottimizzazione delle misure anticorruzione e trasparenza, nell'ottica del miglioramento continuo.

2.3.2.18 RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE

1.La prima modalità di partecipazione rispetto alla società civile avviene nella fase di costruzione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del presente Piano, mediante un dialogo diretto e immediato con i cittadini, le organizzazioni economiche e sociali, mediante l'apposita consultazione on-line svoltasi fra il 14 dicembre 2022 e il 16 gennaio 2023.

2.In seguito, viene attuata una efficace strategia di comunicazione e diffusione delle misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il P.T.P.C.T.

3.Particolare rilevanza assume il ruolo della S.S. Qualità/Relazioni con il pubblico (U.R.P.) per la ricezione continua di osservazioni e suggerimenti da inviare al R.P.C.T.

4.Inoltre, poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della popolazione del territorio afferente all'Asl Cn2.

5.A tal fine le predette segnalazioni potranno essere inviate per posta elettronica all'indirizzo del Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza – Dott.ssa Simona DALMASSO:



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

sdalmasso@aslcn2.it, o per posta ordinaria all'indirizzo: *Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – S.S Programmazione e Controllo, Asl Cn2, Via Vida 10, 12051 ALBA (Cn)*.

3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Organigramma vigente al 31.03.2023. Con deliberazione n. 922 del 5 dicembre 2023 è stata approvata la bozza di modifica dell'Atto Aziendale, al momento sottoposta alla procedura di controllo e approvazione dei competenti Organi regionali.



LA TUTELA E LA PRODUZIONE TERRITORIALE

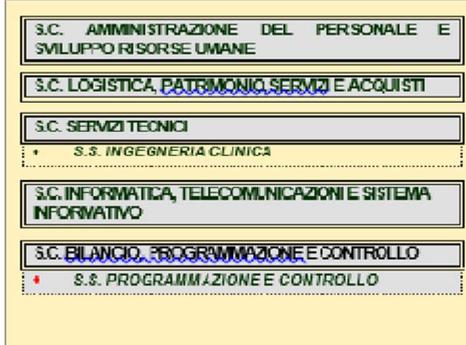


L'ORGANIZZAZIONE

SERVIZI DI STAFF



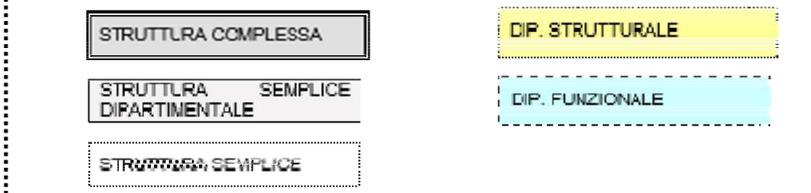
SERVIZI AMMINISTRATIVI DI LINEA



SERVIZI SANITARI DI LINEA



LEGENDA



LE STRUTTURE E LE ATTIVITA' INTERAZIENDALI

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE, A VALENZA REGIONALE, D.I.C.R. - DIPARTIMENTO CONTABILITA' RISORSE EX DGR N. 9-3584 DEL 23/07/2021

Sede: ASL CN1 – Deliberazione n. 627 del 30/09/2021 recepita con D.G.R. n. 15-3926 del 15/10/2021

Strutture ASL CN2 afferenti:

S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO S.S. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

LE STRUTTURE INTERAZIENDALI ASL CN2, ASL CN1 E AO SANTA CROCE E CARLE

ASL CN2	ASL CN1	AO SANTA CROCE E CARLE
S.C. SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDALE (incardinato nell'ASL CN1)		
S.S. SERVIZIO LEGALE		

LE STRUTTURE OPERANTI IN COLLEGAMENTO TRA ASL CN2 E AO SANTA CROCE E CARLE

ASL CN2	AO SANTA CROCE E CARLE	
S.S.D. FISICA SANITARIA	S.C. FISICA SANITARIA	I Direttori delle SS.CC. Radioterapia, Fisica Sanitaria, dell'A.O. S. Croce e Carle di Cuneo coordinano i percorsi assistenziali delle omologhe SS.SS.DD. dell'Asl Cn2, secondo le modalità regolate da specifiche convenzioni
S.S.D. RADIOTERAPIA	S.C. RADIOTERAPIA	

IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE IN COLLEGAMENTO FUNZIONALE TRA ASL CN2 E ASL CN1 / AO SANTA CROCE E CARLE

S T R U T T U R A L E

ASL CN2	ASO SANTA CROCE E CARLE	ASL CN1
<ul style="list-style-type: none"> - SC PEDIATRIA <ul style="list-style-type: none"> - Ss Patologie adolescenza di interesse pediatrico - SC OSTETRICIA - GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA <ul style="list-style-type: none"> - Ss Consultori - SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE <p>(le suddette strutture nell'ambito dell'ASL CN2 sono aggregate nel Dipartimento strutturale aziendale Materno Infantile)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SC PEDIATRIA - SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA <ul style="list-style-type: none"> - Ss Ostetricia - SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE <ul style="list-style-type: none"> - Ss Neonatologia - Ss Trasporto Neonatale d'Emergenza - SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 	<ul style="list-style-type: none"> - SC PEDIATRIA SAVIGLIANO <ul style="list-style-type: none"> - Ss Neonatologia - SC PEDIATRIA MONDOVI - SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA SAVIGLIANO <ul style="list-style-type: none"> - Ss Fisiopatologia della riproduzione umana - SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA MONDOVI - SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - Ssd Centro Diagnostica Ecografica Ostetrico-Ginecologica e Prenatale - Ssd Consultori Famigliari

F U N Z I O N A L E

COMPETENZE

Garantire i percorsi nascita, crescita, patologia cronica di cui alla DGR 26-1653/2015.

DIPARTIMENTI SANITARI

AREA OSPEDALIERA

DIPARTIMENTO DI AREA DIAGNOSTICA

- S.C. LABORATORIO ANALISI
- S.C. ANATOMIA PATOLOGICA
- S.C. RADIOLOGIA
 - S.S. SCREENING MAMMOGRAFICO
 - S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- S.S.D. ANTENNA TRASFUSIONALE
- S.S.D. FISICA SANITARIA
- S.S.D. RADIOTERAPIA

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

- S.C. MEDICINA INTERNA
 - S.S. REUMATOLOGIA
 - S.S. EMATOLOGIA
 - S.S. GESTIONE EMERGENZE INFETTIVE
 - S.S. DERMATOLOGIA
- S.C. NEFROLOGIA E DIALISI
 - S.S. DIALISI PERITONEALE E MALATTIA RENALE AVANZATA (M.A.R.E.A.)
- S.C. ONCOLOGIA
- S.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE
 - S.S. DEGENZA RIABILITATIVA
- S.C. NUTRIZIONE CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
 - S.S. ASPETTI NUTRIZIONALI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
- S.S.D. GASTROENTEROLOGIA
- S.C. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- S.S.D. DAY HOSPITAL E DAY SERVICE

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

- S.C. CHIRURGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO
 - S.S. COLON PROCTOLOGIA E CHIRURGIA EPATICA
 - S.S. SENOLOGIA
- S.C. CHIRURGIA GENERALE
 - S.S. CHIRURGIA VASCOLARE
 - S.S. CHIRURGIA PLASTICA
- S.C. UROLOGIA
- S.C. OCULISTICA
- S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 - S.S. CHIRURGIA PROTETICA
- S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
- S.S.D. DAY E WEEK-SURGERY

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA

- S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
 - S.S. PRONTO SOCCORSO
 - S.S. TERAPIA SUB-INTENSIVA
- S.C. CARDIOLOGIA - UTIC
 - S.S. EMODINAMICA
- S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
 - S.S. RIANIMAZIONE
 - S.S. TERAPIA ANTALGICA
 - S.S. SALE OPERATORIE
- S.C. NEUROLOGIA
 - S.S. NEUROFISIOLOGIA

La SC Nefrologia e Dialisi impiega il codice disciplina 29 per i ricoveri ordinari e di day hospital

La SC Oncologia impiega il codice disciplina 64 per i ricoveri di day hospital

DIPARTIMENTI SANITARI

AREA TERRITORIALE

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

Del Dipartimento funzionale di Patologia delle dipendenze fanno parte le seguenti strutture:

- S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE
- S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
- S.C. DISTRETTO 1
- S.C. DISTRETTO 2
- S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (Di.P.Sa.)
- S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' PREVENZIONE
- S.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Alla programmazione delle attività del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze partecipano gli Enti Ausiliari con una o più sedi operative nel territorio dell'ASL CN2 con le modalità indicate nel regolamento che ne disciplina il funzionamento

AREA DELLA PREVENZIONE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.C. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

- S.S. VACCINAZIONI, PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE, MEDICINA DEI VIAGGI E MIGRAZIONI

S.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

S.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

S.C. MEDICINA LEGALE

- S.S. INVALIDITA' E DISABILITA'

S.S.D. MEDICINA SPORTIVA

S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE

S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA A - Sanità animale

S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

AREA DI INTEGRAZ. OSPEDALIERA/TERRITORIALE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

S.C. PSICHIATRIA

- S.S. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C.)
- S.S. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE A GESTIONE DIRETTA

S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

S.C. PEDIATRIA

- S.S. PATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA DI INTERESSE PEDIATRICO

S.C. OSTETRICIA - GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA

S.S.D. N.P.I.

DIPARTIMENTO DI RICERCA E CLINICA DELLA NUTRIZIONE

Del Dipartimento funzionale di Ricerca e Clinica della nutrizione fanno parte le seguenti strutture semplici dipartimentali e complesse con le loro articolazioni organizzative

- S.C. NUTRIZIONE CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
- S.C. MEDICINA INTERNA
- S.S.D. GASTROENTEROLOGIA
- S.C. CHIRURGIA GENERALE
- S.C. PEDIATRIA
- S.C. PSICOLOGIA
- S.C. PSICHIATRIA
- S.S.D. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
- S.C. DISTRETTO 1
- S.C. DISTRETTO 2
- S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (Di.P.Sa.)
- S.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
- S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' PREVENZIONE
- S.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE
- S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
- S.C. NEFROLOGIA E DIALISI
- S.C. ONCOLOGIA
- S.C. CARDIOLOGIA - UTIC

3.2 SOTTOSEZIONE ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

L'ASL CN2 già precedentemente al 2020 ha avviato la sperimentazione del telelavoro, con particolare riguardo a prestazioni di caricamento dati a distanza, limitatamente a un numero molto ridotto di dipendenti, anche in considerazione delle difficoltà organizzative e gestionali dell'attività da remoto, correlate al rispetto della normativa sulla sicurezza sul lavoro.

Nel 2020 il lavoro agile è stato individuato quale strumento per fronteggiare efficacemente l'emergenza sanitaria, consentendo di mantenere la continuità nell'erogazione dei servizi e al contempo contenere il contagio.

La "sperimentazione" messa in atto durante l'emergenza pandemica ha evidenziato come il ricorso al lavoro agile, se ben strutturato ed organizzato, possa comportare l'avvio di una rivoluzione della cultura organizzativa, poiché apre a una modalità di prestazione lavorativa che esula dalla concezione secondo la quale essa debba essere svolta in una sede e in un orario di lavoro definiti. In tale contesto, l'ASL CN2 intende avviare un sistema di flessibilità organizzativa che permetta di ottenere una maggiore produttività attraverso l'incremento di autonomia e responsabilità dei dipendenti nell'attivazione di forme di lavoro a distanza, pur con le caratteristiche peculiari proprie di un contesto sia territoriale sia ospedaliero.

Su tali basi è stato sviluppato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile che si integra nel ciclo di programmazione dell'Ente attraverso il Piano della Performance, come previsto dall'art. 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Tale Piano è redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modifica dell'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 attualmente vigente ed è attualmente in fase di revisione, alla luce della nuova Legge di Bilancio 2023 e, in particolare, della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, inviata in data 29 dicembre 2023 a tutte le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) ha quindi lo scopo di individuare modalità attuative di lavoro da remoto che consenta di garantire anche in situazioni gravate da limiti relativi alla salute, alla situazione familiare o logistica dei dipendenti, una conciliazione dei tempi di vita e di lavoro che non prevedano penalizzazioni per il personale e per l'Azienda.

Il POLA definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. "In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano". (Art. 263, comma 4-bis, DL 34 del 19 maggio 2020).

3.2.1 Modalità attuative del lavoro agile

Nel progettare un processo di attuazione del Lavoro Agile a livello organizzativo, l'Asl Cn2 persegue obiettivi e finalità esplicitate nella Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, inviata in data 29 dicembre 2023 a tutte le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

A tali indicazioni si farà altresì riferimento nella revisione del POLA dell'Asl Cn2, prevista per il 2024. Il presente Regolamento si applica al personale appartenente all'area contrattuale del comparto e della dirigenza professionale, tecnica, amministrativa e sanitaria del S.S.N. Il personale sanitario vi accede per le sole attività per le quali è ammissibile il lavoro agile o in quanto impossibilitato per motivi di salute a svolgere funzioni sanitarie.

3.3 SOTTOSEZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il personale dipendente al 31.12.2023 risultava essere di 2.275 unità (di cui 40 a tempo determinato), 238 in più rispetto all'anno precedente. L'andamento dell'ultimo triennio registra il seguente incremento di unità di personale dipendente: + 62 al 31.12.2020, + 224 al 31.12.2021, +439 al 31.12.2022.

Tabella 20: Personale dipendente per ruolo al 31/12/2023

Ruolo	Numero
Sanitario	1.365
Professionale	8
Tecnico	152
Socio-Sanitario	453
Amministrativo	297
Totale	2.275

Il personale dipendente è costituito per il 74% da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella 43/58 anni che corrisponde al 47% del totale dei dipendenti, seguita dalla fascia d'età 59/67 anni, pari al 16% e da 32/42 anni, pari al 26% del totale, mentre la fascia d'età più giovane rappresenta il 11% del totale.

Tabella 21 Personale dipendente per categoria al 31/12/2023

Categoria personale	Numero
Dirigenti Medici e Veterinari	315
Altri dirigenti	56
Personale infermieristico	787
Personale tecnico sanitario	106
Personale della prevenzione	24
Personale della riabilitazione	95
Personale OTA - OSS	449
Ausiliari specializzati	1
Personale amministrativo	288
Altro personale	154
Totale	2.275

Il personale infermieristico rappresenta il 33% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (14%). Il personale OTA/OSS costituisce il 20% di tutto il personale dipendente e il personale della riabilitazione il 4%.

A seguito dell'approvazione, da parte della Regione Piemonte, della D.G.R. n. 46 - 6202 del 7/12/2022 avente ad oggetto: *“Approvazione Piani Triennali Fabbisogni Personale (PTFP) delle Aziende Sanitarie del SSR, triennio 2021-2023”*. *Indicazioni alle ASR per l'adozione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale per il triennio 2022-2024. – Approvazione tetti di spesa del personale anni 2022-2023-2024.*”, l'Azienda ha provveduto a predisporre il Piano Triennale del fabbisogno del personale 2022-2024, trasmesso – per i provvedimenti autorizzativi di competenza – alla Regione Piemonte.

Con Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 30-7328/2023/XI del 31/07/2023 sono stati approvati i *“Piani Triennali Fabbisogni Personale (PTFP) delle Aziende Sanitarie del SSR, triennio 2022-2024”*, e l'Asl Cn2 ha recepito il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), triennio 2022-2024 con la deliberazione n. 625 del 17/08/2023.

Il Piano di Fabbisogno del Personale riflette l'aumento di attività conseguente all'apertura del nuovo presidio ospedaliero unico a Verduno e la rifunzionalizzazione degli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra, che hanno comportato un recupero sia di volumi che di tipologia di attività rispetto alla media

piemontese. Coerentemente il tetto di spesa (ed al suo interno il piano del fabbisogno) è stato recentemente modificato con tendenza all'avvicinamento alla media regionale ed in particolare ad aziende sanitarie simili per territorio, organizzazione e popolazione. Il processo non è ancora concluso e si programma di lavorare in tal senso nei prossimi tre anni.

Si riporta la **Dotazione Organica** approvata per l'annualità 2023.

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
	CATEGORIA	PROFILO	TP	PT	totale
DIRIGENZA AREA SANITA'		Dirigente Medico Sc	30		30
		Dirigente Medico Ss	41		41
		Dirigente Medico	315	8	323
		Dirigente Odontoiatra Sc			0
		Dirigente Odontoiatra Ss			0
		Dirigente Odontoiatra			0
		Dirigente Veterinario Sc			0
		Dirigente Veterinario Ss	3		3
		Dirigente Veterinario	30		30
		Dirigente – Farmacista Sc	1		1
		Dirigente – Farmacista Ss	1		1
		Dirigente - Farmacista	12		12
		Dirigente - Biologo Sc			0
		Dirigente - Biologo Ss			0
		Dirigente - Biologo	10		10
		Dirigente – Chimico Sc			0
		Dirigente – Chimico Ss			0
		Dirigente – Chimico			0
		Dirigente – Psicologo Sc	1		1
		Dirigente – Psicologo Ss			0
	Dirigente - Psicologo	15		15	
	Dirigente – Fisico Sc			0	
	Dirigente – Fisico Ss	1		1	

		Dirigente – Fisico	2		2
		Dirigente Professioni Sanitarie Sc	1		1
		Dirigente Professioni Sanitarie Ss			0
		Dirigente Professioni Sanitarie	3		3
			466	8	474
	CATEGORIA	PROFILO	TP	PT	totale
DIRIGENZA PTA		Dirigente Avvocato Sc			0
		Dirigente Avvocato Ss	1		1
		Dirigente Avvocato	1		1
		Dirigente Ingegnere Sc			0
		Dirigente Ingegnere Ss	1		1
		Dirigente Ingegnere	2		2
		Dirigente Architetto Sc	1		1
		Dirigente Architetto Ss	1		1
		Dirigente Architetto			0
		Dirigente Analista Sc	1		1
		Dirigente Analista Ss			0
		Dirigente Analista	2		2
		Dirigente Sociologo Sc			0
		Dirigente Sociologo Ss			0
		Dirigente Sociologo			0
		Dirigente Statistico Sc			0
		Dirigente Statistico Ss			0
		Dirigente Statistico			0
		Dirigente Assistente Sociale	1		0
		Dirigente Amministrativo Sc	3		3
	Dirigente Amministrativo Ss	4		4	
	Dirigente Amministrativo	3		3	

			21	0	20
	CATEGORIA	PROFILO	TP	PT	totale
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	RUOLO SANITARIO	Infermiere	8		8
		Infermiere Pediatrico			0
		Ostetrica			0
		Dietista	1		1
		Assistente Sanitario			0
		Tecnico Sanitario Radiologia Medica	1		1
		Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	1		1
		Tecnico Audiometrista			0
		Tecnico Audioprotesista			0
		Tec. Fisiopat. Cardiocirc. E Perfusionista			0
		Tec. Neurofisiopatologia			0
		Tec. Ortopedico			0
		Fisioterapista	1		1
		Logopedista			0
		Ortottista			0
		Educatore Professionale			0
		Ottico			0
		Terapista Occupazionale			0
		Podologo			0
		Tec. Prevenzione Amb. Di Lav.	1		1
		Odontotecnico			0
		Tec. Neuropsicomotricità			0
		Tec. Riabilitazione Psichiatrica			0
Igienista Dentale			0		
Massaggiatore Non Vedente			0		
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	Assistente Sociale			0

	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	Assistente Religioso			0
		Specialista Comunicazione Ist.			0
		Specialista Rapp. Media - Giornalista			0
		Collab. Tecnico Professionale	2		2
	RUOLO AMMINISTRATIVO	Collab. Amm.Vo Profess.	7		7
			22	0	22
	CATEGORIA	PROFILO	TP	PT	totale
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	Infermiere	852	94	946
		Infermiere - Ex Ds	16	1	17
		Infermiere Pediatrico	20	9	29
		Infermiere Pediatrico - Ex Ds	1		1
		Ostetrica	40	7	47
		Ostetrica - Ex Ds			0
		Dietista	12		12
		Dietista - Ex Ds			0
		Assistente Sanitario	10	2	12
		Assistente Sanitario - Ex Ds	2	1	3
		Tecnico Sanitario Radiologia Medica	37	6	43
		Tecnico Sanitario Radiologia Medica - Ex Ds	1		1
		Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	48	5	53
		Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico - Ex Ds	1		1
		Tecnico Audiometrista	2		2
Tecnico Audiometrista - Ex Ds			0		
Tecnico Audioprotesista			0		

	Tecnico Audioprotesista - Ex Ds			0
	Tec. Fisiopat. Cardiocirc. E Perfusionista			0
	Tec. Fisiopat. Cardiocirc. E Perfusionista - Ex Ds			0
	Tec. Neurofisiopatologia	7		7
	Tec. Neurofisiopatologia - Ex Ds			0
	Tec. Ortopedico			0
	Tec. Ortopedico - Ex Ds			0
	Fisioterapista	50	13	63
	Fisioterapista - Ex Ds	1		1
	Logopedista	12	5	17
	Logopedista - Ex Ds			0
	Ortottista	4	1	5
	Ortottista - Ex Ds			0
	Educatore Professionale	22	2	24
	Educatore Professionale - Ex Ds			0
	Ottico			0
	Ottico - Ex Ds			0
	Terapista Occupazionale	2		2
	Terapista Occupazionale - Ex Ds			0
	Podologo	2		2
	Podologo - Ex Ds			0
	Tec. Prevenzione Amb. Di Lav.	33		33
	Tec. Prevenzione Amb. Di Lav. - Ex Ds	3	1	4
	Odontotecnico			0
	Odontotecnico - Ex Ds			0
	Tec. Neuropsicomotricità	4		4

		Tec. Neuropsicomotricità - Ex Ds			0
		Tec. Riabilitazione Psichiatrica	7		7
		Tec. Riabilitazione Psichiatrica - Ex Ds			0
		Igienista Dentale			0
		Igienista Dentale - Ex Ds			0
		Massaggiatore Non Vedente			0
		Massaggiatore Non Vedente - Ex Ds			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	Assistente Sociale	16		16
		Assistente Sociale - Ex Ds	1		1
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	Assistente Religioso	2		2
		Assistente Religioso - Ex Ds			0
		Specialista Comunicazione Ist.			0
		Specialista Comunicazione Ist. - Ex Ds			0
		Specialista Rapp. Media - Giornalista	1		1
		Specialista Rapp. Media - Giornalista - Ex Ds			0
		Collab. Tecnico Professionale	30	1	31
		Collab. Tecnico Professionale - Ex Ds	4		4
	RUOLO AMMINISTRATIVO	Collab. Amm.Vo Profess.	46	1	47
		Collab. Amm.Vo Profess. - Ex Ds	10		10
			1299	149	1448
	CATEGORIA	PROFILO	TP	PT	totale
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	Infermiere Generico E Psichiatrico Senior			0
		Puericultrice Senior			0

		Massofisioterapista - Massaggiatore Senior		2	2
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	Operatore Socio Sanitario Senior			0
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	Assistente Dell'Informazione			0
		Assistente Informatico	8		8
		Operatore Tecnico Specializzato Senior	20		20
		Assistente Tecnico	15		15
	RUOLO AMMINISTRATIVO	Assistente Amministrativo	229	16	245
			272	18	290
	CATEGORIA	PROFILO	TP	PT	totale
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	Infermiere Generico E Psichiatrico			0
		Massofisioterapista - Massaggiatore			0
		Puericultrice			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	Operatore Socio Sanitario	476	17	493
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	Operatore Tecnico Specializzato	97	5	102
	RUOLO AMMINISTRATIVO	Coadiutore Ammin. Senior	17		17
			590	22	612
	CATEGORIA	PROFILO	TP	PT	totale
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	Operatore Tecnico / Ota	14	2	16
		Ausiliario Specializzato	2	1	3
	RUOLO AMMINISTRATIVO	Coadiutore Ammin.	18	4	22
		Commesso	1		1
			35	7	42
			2705	204	2908
				2909	

3.3.1 Formazione del personale

3.3.1.1 Piano della formazione

Il Piano Annuale della Formazione dell'Asl Cn2, individua nelle persone, la risorsa fondamentale su cui basare lo sviluppo dell'A.S.L., rappresenta il principale strumento strategico di pianificazione e programmazione finalizzato alla crescita e valorizzazione dei professionisti, lavoratori dipendenti o convenzionati per favorire il miglioramento dell'assistenza sanitaria dei cittadini in una logica di benessere di comunità.

L'Asl Cn 2 considera la Formazione un elemento strategico sia di adeguamento delle competenze e dell'autonomia professionale dei propri collaboratori, sia di attrazione rispetto ai professionisti che vedono nella formazione un momento fondamentale della propria attività lavorativa (sia come discenti che come formatori).

Valutazione Individuale della Performance aziendale.

Nel corso del 2022 il gruppo di lavoro aziendale è stato implementato a seguito del pensionamento del coordinatore e di alcuni componenti con l'inserimento di personale con competenze attinenti al processo di valutazione della performance e l'individuazione di un nuovo coordinatore (delibera n. 742 del 29.9.2023).

La metodologia utilizzata per lo sviluppo del processo della *Valutazione Individuale della Performance* ripercorre le fasi del *ciclo della performance*, ossia la suddivisione della valutazione nelle 4 fasi: Pianificazione, Svolgimento, Osservazione e Revisione.

È stata fatta un'analisi qualitativa e quantitativa del percorso di valutazione degli anni precedenti, in particolare l'analisi qualitativa è stata svolta con l'ausilio di una Matrice SWOT che ha permesso di mappare le azioni da intraprendere per sviluppare un Piano di Valutazione della Performance aziendale 2024.

A seguito anche della nuova Direttiva Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023, con oggetto: "Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della Performance individuale", in attesa di maggiori indicazioni attuative, è stato predisposto un cronoprogramma delle azioni da intraprendere.

In particolare, una delle azioni più significative riguarderà l'inserimento nel Piano Formativo Aziendale di percorsi formativi rivolti ai valutati e ai valutatori in tema di acquisizione di competenze soft skills, competenze trasversali legate alla valutazione, errori cognitivi della valutazione.

Tabella 22: Report Formazione 2023

PAF 2023 (Delibera n. 157 del 23 febbraio 2023)			
Eventi Realizzati	DA PA F	FUOR I PAF	TOTAL E

		95	3	98
Suddivisione per tipologia				
		ECM	NON ECM	TOTALE
	RESIDENZIALI	63	4	67
	FAD	9	1	10
	FSC	20		20
	BLENDED	1		1
	TOTALE	93	5	98
Attestati prodotti				
		ECM	NON ECM	TOTAL E
		4405	1475	5880
PERCENTUALE REALIZZAZIONE PAF				73,33%
SEGNALAZIONI E RECLAMI				0

Piano Formativo 2024

Per la stesura del Piano formativo aziendale si fa riferimento:

- alla **delibera del 5/23 della Commissione nazionale ECM** che ha stabilito quattro tematiche di interesse nazionale:
 - “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale;
 - Sanità Digitale;
 - Formazione in infezioni ospedaliere;
 - Piano strategico–operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale /PanFlu 2021-2023.

-
- al **PNRR Missione 6 denominato “Salute”** che prevede, alla Componente investimento 2.2 il capitolo “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario” e a cui le tematiche di interesse nazionale sono strettamente correlate rientrando negli obiettivi ECM nazionali. In particolare, sono previste 3 azioni formative trasversali articolate su percorsi a livello Nazionale, Regionale e Aziendale:
 - avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;
 - attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato;
 - attivazione di un percorso di acquisizione di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.
 - alla **Strategia per la crescita digitale** e al **Piano Triennale per l’informatica nella Pubblica Amministrazione** che prevedono:
 - un Piano Formativo per l’acquisizione di competenze digitali degli operatori delle P.A. sulla piattaforma Syllabus, alla quale l’Asl Cn2 ha aderito a giugno 2023 e che promuoverà nel 2024 abilitando allo svolgimento dei corsi tutto il personale.
 - azioni di intervento dedicate all'ecosistema della sanità digitale e alle principali soluzioni finalizzate a migliorare i servizi sanitari limitando sprechi e inefficienze, migliorando il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari, riducendo le differenze tra i territori. Sono stati evidenziati alcuni progetti a titolo esemplificativo che dovranno essere completati entro il 2026:
 - Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
 - Telemedicina
 - Dematerializzazione dei referti sanitari e delle cartelle cliniche
 - Digitalizzazione dei percorsi assistenziali
 - al Piano Formativo Regionale delibera Atto DD 2001/A1406C/2023 del 28/12/2023

3.3.2 Raccolta Fabbisogni

La raccolta dei fabbisogni formativi aziendali avviene attraverso modelli di rilevazione del fabbisogno individuale triennale e del fabbisogno annuale della struttura di appartenenza.

Il sistema di gestione della formazione e dell’aggiornamento persegue la finalità che i programmi formativi siano coerenti con l’assetto organizzativo e con gli obiettivi dell’Azienda, nel rispetto dei bisogni di formazione espressi dagli operatori in relazione al contesto delle strutture di appartenenza.

3.3.3 Organizzazione Del Piano Formativo

L’Azienda ha scelto di costituire un Comitato Scientifico molto ampio rappresentativo di tutte le **aree assistenziali** (Dipartimenti) e le **aree tematiche trasversali** che fanno riferimento ad alcune delle Strutture in Staff alla Direzione Generale.

L’organizzazione e lo svolgimento delle attività formative del Piano Formativo Aziendale seguirà il seguente modello:

Tabella 23: Aree Intervento.

AREE DI INTERVENTO	
Area tecnico-amministrativa gestionale	Implementazione della transizione digitale dell’ASL per il miglioramento dei servizi interni/esterni resi in un’ottica di trasparenza, informatizzazione e di semplificazione dei processi e dei procedimenti dell’ASL. Sviluppare una formazione permanente di aggiornamenti normativi in tema di normativa privacy, anticorruzione e trasparenza, etica.
Area emergenza e Urgenza	Aggiornare e implementare le competenze del personale sanitario in tematiche di emergenza-urgenza in condizioni di sicurezza e appropriatezza delle procedure
Area Assistenza Territoriale (PAT)	Piano di Cronicità Sviluppare le competenze degli operatori sanitari e sociosanitari per l’attuazione del Piano Locale Cronicità in tutti i setting assistenziali sul modello di riordino e sviluppo dell’assistenza territoriale di cui al PNRR missione 6 e al D.M. 77 del 23.5.2022
Area della Prevenzione e Promozione della salute	Adesione ai percorsi formativi trasversali nelle diverse aree di intervento proposti nell’ambito del Piano Regionale di Prevenzione e implementazione di percorsi formativi del Piano Locale di Prevenzione
Area della sicurezza aziendale	<p>1.Considera la Sicurezza nei luoghi di lavoro una condizione essenziale per garantire standard qualitativi assistenziali sicuri sia nei confronti degli assistiti che nei confronti degli operatori, come peraltro previsto dal Decreto Lgs 81/08. La formazione in Sicurezza nei luoghi di lavoro viene garantita tramite l'erogazione di Corsi in FAD Asincrona utilizzando la piattaforma www.medmood.it messa a disposizione dal portale regionale www.formazioneasanitapiemonte.it o attraverso corsi residenziali</p> <p>2.Rischio Clinico diffondere una cultura della sicurezza per prevenzione l’errore umano in medicina, adottare metodi ed analisi degli errori in medicina per la gestione del rischio, clima organizzativo.</p>

--	--	--

Tabella 24 Tematiche formazione

TEMATICHE	
Qualità	organizzazione/management, standard di qualità formazione, attività scientifica, rischio clinico, medicina di genere, disuguaglianze, accountability
Simulazione clinica avanzata	costituzione del gruppo per lo studio e l'implementazione della simulazione clinica avanzata, come strumento di formazione e miglioramento di qualità, insieme a riduzione del rischio clinico
Comunicazione – relazione nei diversi ambiti della cura	soft skills, empowerment, engagement del paziente, health literacy, customers satisfaction,
Digitalizzazione	digital skills, sanità digitale: (FSE, cartella clinica elettronica, telemedicina, digitalizzazione dei servizi sanitari)
Attività clinico – assistenziali	Panflu, infezioni ospedaliere

3.3.4 Incentivi e monitoraggio della formazione

a) le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio);

In conformità a quanto previsto dall'art. 62 del CCNL 2019/2021 del Comparto Sanità, sottoscritto in data 02.11.2022, l'Azienda ha indetto appositi avvisi di selezione per la concessione di permessi retribuiti (cd 150 ore) per motivi di studio (anno 2024), riservato ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, di durata non inferiore a sei mesi continuativi, appartenenti all'Area del Comparto.

Tali permessi possono essere concessi fino ad un massimo di 150 ore, per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio di istruzione primaria, secondaria, universitaria, post-universitaria nonché di qualificazione professionale rilasciati da scuole statali, parificate o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico italiano ed europeo, nonché per sostenere i relativi esami.

Il numero dei dipendenti che potrà beneficiare di tale istituto contrattuale è di 51 unità pari al 3 % del personale del comparto in servizio al 01.01.2023

b) gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo.

Per ogni corso di formazione realizzato, si procede al monitoraggio in itinere ed ex post e alla valutazione dell'apprendimento.

L'attestato di partecipazione al corso e l'assegnazione dei crediti Ecm verranno rilasciati solo se:

- la frequenza sarà pari almeno al 90% del monte ore previsto (tranne per quei corsi la cui normativa preveda un'obbligatorietà di frequenza diversa);
- sarà superata positivamente la verifica di apprendimento finale;
- saranno compilate le schede di valutazione corso e docenti.

3.4 PIANO AZIONI POSITIVE

3.4.1.1 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 2023 --2024

VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO E PROMOZIONE DELLA SALUTE ORGANIZZATIVA

Sintesi delle attività - anno 2023

Nell'arco dell'anno 2023 sono proseguite le azioni finalizzate alla prevenzione del rischio stress lavoro-correlato e alla promozione della salute organizzativa, in continuità con gli anni precedenti e in ottemperanza al D.Lgs. 81/2008.

Da diversi anni l'Asl Cn2 promuove attività finalizzate a sviluppare la salute organizzativa, al fine di migliorare la qualità della vita al lavoro e la qualità del servizio che viene erogato all'utente.

Le attività sono state programmate e realizzate dal Gruppo di Lavoro aziendale per la valutazione del rischio stress lavoro-correlato e la promozione della salute organizzativa, composto da Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Medico competente, S.C. Psicologia, Direzione medica del Presidio Ospedaliero, S.C. Amministrazione del Personale, S.C. DIPSA, S.S. Qualità e Risk Management, in collaborazione con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria.

In particolare, nel 2023 sono state svolte le seguenti azioni, a favore dei dipendenti dell'Asl Cn2 e dei gruppi di lavoro.

Sportello di supporto psicologico individuale

Rivolto a tutti i dipendenti, esso è finalizzato ad affrontare, attraverso un percorso di supporto psicologico, problematiche emotive e relazionali lavorative ed extralavorative e a sviluppare capacità di coping e autoefficacia.

Nel 2023 64 dipendenti hanno utilizzato il servizio, con le seguenti caratteristiche:

- genere: 95,3% donne, 4,7% uomini
- età fra i 31 e i 58 anni, età media 50 anni
- ruolo professionale: 78% comparto sanitario, 9% dirigenza sanitaria, 9% comparto tecnico, 4% comparto amministrativo
- 72% appartenenti a Strutture dei Servizi Sanitari ospedalieri, 19% ai Servizi Sanitari territoriali e 9% a Servizi Tecnici.

Attività di formazione e supervisione per i gruppi di lavoro

Vengono rivolte alle Strutture che ne fanno richiesta attività di gruppo finalizzate alla gestione di situazioni di criticità (relazionale o organizzativa) del gruppo di lavoro, al miglioramento della

comunicazione interna e delle dinamiche relazionali, al miglioramento della gestione dei conflitti, allo sviluppo di competenze trasversali e fattori di protezione allo stress.

Nel 2023 sono stati attivati 14 percorsi di gruppo, 12 dei quali con accreditamento ECM.

Raccolta e analisi dei dati oggettivi

La raccolta dei dati oggettivi ha interessato l'anno 2022, in supporto all'analisi qualitativa svolta precedentemente.

Principali tipologie di dati raccolti e analizzati: assenze per malattia e aspettativa, presenza di orario particolare (reperibilità, notturno, festivo), domande di mobilità, modalità di gestione del lavoro, condizioni ambientali ed ergonomiche, rilevazione di situazioni critiche con l'utenza e interne alla Struttura, attività del Medico Competente.

Azioni CUG

Con delibera n. 183 del 10.03.2023 è stato rinnovato il Comitato Unico di Garanzia, che si è insediato il 16 marzo 2023. Il Comitato, nell'ambito dei suoi obiettivi di promozione della salute, della sicurezza e del benessere organizzativo dei dipendenti, ha definito tre principali filoni tematici che ha approfondito e approfondirà per la durata del suo mandato, sulla base dell'analisi di alcuni bisogni emergenti.

Il primo filone riguarda la promozione e il miglioramento della comunicazione interna all'Azienda, a partire dall'individuazione degli strumenti, esistenti o potenziali, che meglio possono facilitare la condivisione di informazioni in modo efficiente ed efficace fra i dipendenti.

Il secondo filone si propone la riflessione e la sensibilizzazione rispetto al tema delle violenze e aggressioni verso gli Operatori sanitari. A questo proposito, il 12/12/2023, è stata emanata la procedura aziendale "Prevenzione e gestione degli atti di violenza sui luoghi di lavoro a danno degli Operatori" (Prot. 7300195). Il CUG intende promuovere la conoscenza e sensibilizzare all'utilizzo del protocollo da parte dei dipendenti.

Il terzo filone tematico si è posto l'obiettivo di avviare una riflessione sui conflitti, le molestie e le violenze fra Operatori, al fine di sensibilizzare e promuovere una cultura organizzativa che non tolleri questo tipo di azioni e di sviluppare interventi che aiutino a prevenire e gestire eventuali situazioni critiche.

Lavoro agile e azioni volte a favorire la conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità famigliari

Nell'ottica di favorire la conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità famigliari, la struttura complessa Direzione delle Professioni Sanitarie (DIPSA), in collaborazione con il Servizio Personale, nel corso dell'anno 2023, ha proseguito con il progetto di Programmazione e gestione della mobilità interna volontaria di infermieri e OSS, iniziato nel 2019, con il supporto di un applicativo informatico.

Come negli anni scorsi l'obiettivo è stato quello di raggiungere il più alto numero di assegnazioni di lavoro rispondenti alle richieste dei dipendenti, tenendo in particolare considerazione alcuni criteri

come la situazione familiare con figli o genitori a carico, oppure con disabilità, età elevata per lo svolgimento del lavoro notturno, distanza dal domicilio. Di seguito la rappresentazione dei risultati.

Tabella 25 Personale mobilitato

Infermieri	OSS	TSLB	ASS. San.	Coord. INF.	Ed. Prof.	Fisioterapisti	Tecnici Prevenzione	Ostetriche
68	56	4	1	5	2	1	1	0

Tabella 26 Operatori con cambio del tempo lavoro 2023

Operatori con cambio del tempo lavoro nel 2023	Infermieri	Inf. Ped.	OSS	Ostetriche	Fisioterapisti	Educatori
Personale a cui è stato concesso il part-time	9		7	2	4	
Personale passato da part-time a tempo pieno				1		
Personale a cui è stata concessa una variazione di %	6		1	1	1	
Personale a cui è stata concessa una variazione di % temporanea	2		1			
Personale passato da part-time a tempo pieno temporaneamente		1		1		1

Welfare Integrativo

Da anni l'ASL CN2 ha attivato un percorso di coinvolgimento delle aziende private e del privato sociale del territorio di riferimento con lo scopo di creare una rete per collaborare nella conoscenza e diffusione dello strumento di welfare aziendale come leva di sostegno a iniziative di WHP (Work Health Promotion) e della salute collaborativa. La rete denominata "Talenti Latenti: rete per una governance della salute di comunità" coinvolge oltre alle aziende aderenti (nel 2023 sono 11) anche altri soggetti del territorio: Enti Gestori dei Servizi Socioassistenziali, Associazioni di volontariato, Associazioni di Categoria.

Le azioni intraprese negli anni e in particolare nel 2023 hanno mirato a sviluppare nelle aziende aderenti e nell'ASL CN2 iniziative di promozione della salute dei lavoratori nel luogo di lavoro in particolare legate ad aumentare la sensibilità verso il movimento e la corretta alimentazione. Dall'apertura dell'Ospedale Ferrero e il contestuale avvio della nuova mensa aziendale, l'ASL ha iniziato un percorso di innovazione

nell'approvvigionamento di materie prime e nella definizione di menu settimanali a cura del servizio Nutrizione Clinica, sia per i dipendenti che per i degenti ospedalieri.

Nello specifico saranno implementate delle azioni mirate all'analisi del benessere sociale e della salute dei dipendenti dell'ASLCN2 e delle Aziende Private e del Privato Sociale aderenti alla rete.

Nel corso del 2023 sono state formalizzate prime iniziative di welfare integrativo a favore dei dipendenti attraverso un accordo con le parti sindacali per il rimborso di quota parte dei costi dei titoli di viaggio in abbonamento al trasporto pubblico dei dipendenti per il tragitto Casa Lavoro.

Nel 2024 è in pianificazione l'attivazione di una piattaforma di Car Pooling a disposizione dei dipendenti nell'ottica di ottimizzare i trasporti, in particolare per i dipendenti che abitano fuori provincia, verso le sedi dell'ASL e l'Ospedale Ferrero di Verduno.

Altre forme di integrazione sul Welfare Integrativo sono allo studio di un gruppo tecnico costituito con le OO.SS. specifico sul tema, sulla base degli strumenti previsti dai recenti CCNLL (intervento aziendale per i figli dei dipendenti, assistenza sanitaria integrativa, supporto alle famiglie, ecc.)

4 MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO

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

Gli elementi raccolti ed analizzati vengono sintetizzati nelle relazioni predisposte dall'Ufficio Qualità e dai verbali dei vari organismi partecipativi o di indirizzo politico 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.

4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE

Il sistema di valutazione dell'Asl Cn2 si basa sulla performance organizzativa dalla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla verifica finale dei risultati.

Per quanto riguarda la fase di definizione degli obiettivi, il riferimento è ai requisiti metodologici previsti all'art. 5 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., recepiti dall'Asl Cn2 nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (Si.Mi.Va.P.).

La Valutazione della Performance opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma Aziendale e negli altri atti organizzativi:

- Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e non Dipartimentali,
- Setting assistenziali infermieristici e tecnici;

Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La Direzione dell’Azienda, coerentemente alle indicazioni e agli atti della programmazione regionale ed alle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la strategia aziendale, presentata nel Collegio di Direzione. Successivamente, la Struttura Complessa Bilancio, Programmazione e Controllo, per il tramite della propria articolazione organizzativa Struttura Semplice Programmazione e Controllo, predispone le opportune schede obiettivo.

Le schede così definite vengono illustrate, discusse, condivise ed infine firmate per accettazione dai Direttori/Responsabili dei centri di responsabilità. Si identifica la retribuzione di risultato legata ad ogni obiettivo attraverso la “pesatura” dei medesimi.

La Struttura Semplice Programmazione e Controllo, produce la reportistica periodica, funzionale alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi come sopra negoziati, per quanto di competenza.

L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) procede invece ad una verifica infrannuale utile a valutare eventuali criticità nel percorso di raggiungimento degli obiettivi; tale verifica può costituire motivazione per la prosecuzione dell’attribuzione degli acconti mensili della retribuzione di risultato, fermo restando la valutazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

Nel caso in cui l’O.I.V. decida di sospendere l’erogazione degli acconti, tale situazione dovrà essere oggetto di rivalutazione entro il termine di due mesi; la sospensione temporanea degli acconti, anche se riferita ad un singolo obiettivo, avrà comunque effetto su tutta la quota mensile.

In base alle verifiche sopra indicate e ad eventuali osservazioni formalizzate dalle Strutture operative, la Direzione Aziendale può anche autorizzare eventuali modifiche agli obiettivi, qualora sia accertato che siano intervenute rilevanti novità che incidono sulla possibilità di raggiungimento dell’obiettivo o sia constatato che l’obiettivo fosse originariamente non appropriato nella formulazione o nel valore atteso; in caso di successive disposizioni regionali, è facoltà della Direzione ridefinire o integrare gli obiettivi assegnati.

Al grado di raggiungimento finale degli obiettivi viene legata in maniera definitiva la corresponsione del saldo, positivo o negativo, della retribuzione di risultato/produttività.

La metodologia adottata consente all’O.I.V. di valutare la Performance organizzativa per tutte le Strutture aziendali.

4.2.1 Performance individuale

Il grado di raggiungimento degli obiettivi della Struttura determina anche il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello individuale.

L’eventuale non raggiungimento o un raggiungimento in quota minore rispetto al risultato dell’equipe, deve essere dichiarato dal Responsabile di Servizio attraverso una relazione chiara e circostanziata, dalla quale emergano le motivazioni.

La valutazione individuale viene anche formalizzata dai responsabili e dai coordinatori dei servizi attraverso la compilazione, a fine d'anno, di un'apposita scheda che entra a far parte del fascicolo individuale come da normativa vigente.

L'O.I.V., dopo aver acquisito le osservazioni del dipendente (eventualmente assistito da un rappresentante sindacale o legale di fiducia) provvede ad assumere la decisione definitiva.

Parteciperanno alla contestuale redistribuzione delle quote residue, nell'ambito dell'equipe, esclusivamente coloro che abbiano raggiunto pienamente tutti gli obiettivi.

4.2.2 Processo di attuazione del ciclo della performance

L'Asl Cn2 utilizza il sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel "ciclo di budget" come descritto nei paragrafi precedenti, che indirizza e orienta i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui e costituisce il ciclo di valutazione della performance aziendale.

Al termine del ciclo, l'O.I.V. valuta la congruità delle azioni svolte per il raggiungimento degli obiettivi strategici, che hanno previsto il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali.

Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV

L'Asl Cn2 ha dotato l'O.I.V., quale supporto alla propria attività, di una Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance, composta da figure professionali appartenenti all'area della Programmazione e del Personale.

La Struttura svolge un ruolo di interfaccia tecnica tra l'O.I.V. e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse Strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

- assicura il necessario supporto allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance
- coadiuva i soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance
- cura i rapporti fra Azienda e Componenti dell'O.I.V.
- svolge la funzione di segreteria
- verbalizza le sedute, costituisce e conserva l'archivio.

4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVE E TRASPARENZA

Il ciclo di gestione del rischio si completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure operative e della politica Asl Cn2 di prevenzione dei fenomeni corruttivi definite nel Piano. Partecipano all'azione di monitoraggio, oltre al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, i Referenti del Piano e l'O.I.V. nell'ambito dei propri compiti di vigilanza. Per garantire l'efficace attuazione del Piano e delle relative misure è stato definito un sistema di

monitoraggio e aggiornamento, le cui risultanze vengono riportate nella Relazione predisposta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno o diversa data stabilita dall’Autorità Nazionale Anti Corruzione.

Nella sottostante tabella vengono riportati gli ambiti oggetto di monitoraggio e le rispettive attività, con l’indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità e delle relative scadenze.

Tabella 27: Monitoraggio ciclo gestionale del rischio corruttivo

Oggetto del monitoraggio	Attività	Soggetti coinvolti	Modalità	Scadenze
Attuazione del ciclo di gestione del rischio	Controllo sullo stato di attuazione e avanzamento delle operazioni di mappatura e valutazione del rischio	RPCT Referenti del Piano	Registrazione e visualizzazione delle operazioni di inserimento e aggiornamento effettuate dalle strutture	Entro il 31 ottobre
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure	RPCT Referenti del Piano	Autovalutazione tramite relazione interna	Entro il 31 ottobre
	Controlli a campione sull’attuazione delle misure da parte delle strutture responsabili	RPCT Referenti del Piano	Verifiche documentali	Entro il 31 dicembre
Efficacia del Piano e delle misure	Acquisizione dati e proposte dei Referenti del Piano	RPCT Referenti del Piano	Compilazione e trasmissione di scheda di monitoraggio da parte dei Referenti del Piano. Predisposizione e trasmissione di report da parte dell’UPD, Servizio Ispettivo, dell’URP e delle strutture che operano nei settori a maggior rischio.	Entro il 31 ottobre
	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte e rendicontazioni acquisite in sede di monitoraggio	RPCT O.I.V.	Predisposizione da parte del RPCT, trasmissione e pubblicazione della Relazione annuale	Entro il 15 dicembre (o diverso termine ANAC)

Il monitoraggio sull’efficacia delle misure di prevenzione viene effettuato, di norma una volta all’anno (salvo il verificarsi di casi di illecito di rilevante gravità), dal Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza con il coinvolgimento dei Referenti che partecipano al processo di gestione del rischio mediante la compilazione delle specifiche schede di monitoraggio, predisposte dal RPCT e volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte di modifica o di integrazione, utili all’aggiornamento dei documenti cui si riferiscono, così come è avvenuto nel corso dell’anno 2022 a seguito di nota del RPCT prot. n. 6321839 del 6.9.2022, cui tutti i Referenti hanno dato riscontro.

Il monitoraggio svolto nel corso dell’anno 2022, pur nella eccezionalità della situazione operativa di questa Asl a causa dell’emergenza pandemica e della attivazione del nuovo ospedale unico “Michele e Pietro Ferrero”, non ha evidenziato situazioni di criticità degne di rilievo.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPCT dall’Ufficio per i procedimenti disciplinari (con i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari), dall’Ufficio Qualità/URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e delle segnalazioni ricevuti), dal Servizio Ispettivo Asl Cn2 (relativi ai controlli e verifiche sul personale da questo effettuate), dalle strutture Logistica e Servizi Tecnici (relativi agli affidamenti e alle proroghe dei rapporti contrattuali).

Sulla base delle risultanze e della valutazione dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente ricevuti (quali, ad es., ottenuti tramite la procedura di whistleblowing o eventi sentinella comunicati da altri soggetti interni od esterni all’Asl Cn2), il RPCT predispone la propria Relazione annuale, curandone la trasmissione alla Direzione Generale e all’O.I.V. e la pubblicazione sul Sito internet Asl Cn2 entro il 15 dicembre di ogni anno (o

diverso termine stabilito dall'A.N.A.C., come appunto nel corrente anno il cui termine è stato fissato al 15.1.2023).

La procedura di monitoraggio del Piano e delle misure di prevenzione, come sopra illustrata, risulta dunque – coerente con le indicazioni del P.N.A. 2022, articolandosi su due livelli: I° livello: autovalutazione da parte dei Referenti di cui all'art. 2; II° livello: controllo, da parte del RPCT, delle relazioni dei referenti e verifica – sempre da parte del RPCT – della sussistenza del verificarsi di eventi sentinella che possano evidenziare la necessità di interventi correttivi. Si precisa ancora che nel corso dell'anno 2023 si procederà anche ad un ulteriore monitoraggio di II° livello mediante la tecnica del c.d. “campionamento ragionato” sulla base dei seguenti criteri:

- valutazione delle misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al rischio;
- valutazione delle misure di quei processi su cui si siano ricevute segnalazioni prevenute tramite il canale whistleblowing o tramite altri canali;
- valutazione delle misure relative ai processi le cui strutture attuatrici non hanno fatto pervenire al RPCT il modulo di autovalutazione.

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl Cn2, concorrono, oltre al Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza e all'O.I.V., i Referenti del Piano e, più complessivamente, tutti gli uffici dell'Amministrazione e i relativi Dirigenti. In particolare il R.P.C.T. svolge il controllo sull'attuazione del Piano Trasparenza e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'O.I.V. su eventuali inadempimenti e ritardi. A tal fine il R.P.C.T. evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione.

Decorso infruttuosamente tale termine, il R.P.C.T. è tenuto a dare comunicazione all'O.I.V. della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Spetta, infatti, all'O.I.V. il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità.

Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati.

4.4 MONITORAGGIO LAVORO AGILE

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, si è prevista l'introduzione di un sistema strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro. In tale processo i principali attori sono i Dirigenti che, in qualità di promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi, pongono particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati avviene allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa.

La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile. Si proseguirà pertanto, nel triennio di riferimento, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

5 DOCUMENTI ALLEGATI

- “Griglia rischio corruttivo/mappatura dei processi Asl Cn2”
- “Tabella – Sezione Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione”
- “Modello Patto Integrità”
- “Dichiarazione componenti conflitto di interessi gare”

6 DESTINATARI DEL PIANO

Per la diffusione e condivisione del documento lo stesso verrà pubblicato sul sito internet istituzionale nell’area Amministrazione Trasparente e comunicato a tutti i portatori di interessi interni ed esterni all’Azienda.

Inoltre, il Piano verrà trasmesso alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica per la pubblicazione sull’apposito portale dedicato.