

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE - CUNEO

Ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione D.P.C.M. 23.4.1993

GG/ts

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 322-2022 DEL 30/06/2022

OGGETTO: PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione - ANNO 2022

In data 30/06/2022 presso la sede amministrativa dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle – Ufficio del Direttore Generale in Cuneo, corso C. Brunet n.19/A,

IL DIRETTORE GENERALE – dr. Elide AZZAN

(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 13-3295 del 28 maggio 2021)

Su conforme proposta del Responsabile della S.S. Controllo di Gestione, che attesta la legittimità e la regolarità sostanziale e formale di quanto di seguito indicato:

- premesso che l'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, convertito nella Legge n. 113/2021, ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, di seguito denominato PIAO;
- preso atto che il PIAO nasce per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso;
- tenuto conto che le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30

marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190;

- preso atto che la prima stesura del PIAO, come da D.L. n. 36 del 30.04.2022, è da predisporre entro il 30 giugno 2022;
- considerato pertanto che l'Azienda S. Croce e Carle di Cuneo è tenuta alla redazione del PIAO;
- appurato che il PIAO, secondo l'art. 6 del D. Lgs. 80/2021, ha durata triennale, deve essere aggiornato annualmente e definisce:
 - a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
 - b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
 - c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
 - d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
 - e) le procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
 - f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
 - g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;
- tenuto conto che in vista della prima stesura del documento non risultano essere stati emessi i decreti preannunciati:
 - a) D.M. volto a definire struttura e contenuti del PIAO, accompagnato da uno schema di piano tipo e da istruzioni operative per la sua compilazione;
 - b) D.P.R. diretto ad abrogare i riferimenti normativi dei documenti programmatici che verranno assorbiti nel PIAO, con i relativi adempimenti;

- considerati i seguenti riferimenti:
 - a) 3/12/2021: Intesa (con raccomandazioni) Conferenza Unificata su bozza D.M. (schema tipo);
 - b) 30/12/2021: Art.1, c.12 lett.a) D.L. 228/2021 (cd Mille proroghe);
 - c) 12/1/2022 e 2/2/2022: Indicazioni ANAC;
 - d) 9/2/2022: Intesa (con raccomandazioni) Conferenza Unificata su bozza DPR (abrogazioni);
 - e) 2/3/2022: Parere del Consiglio di stato (n.506);
 - f) 6/4/2022: Parere delle Commissioni Camera e Senato;
- valutata la necessità di costituire specifico gruppo di lavoro, composto da figure che, per ruolo e professionalità, possano fornire i contributi richiesti dallo schema tipo del PIAO;
- ritenuto quindi di provvedere alla costituzione del Gruppo Aziendale PIAO nella seguente composizione:
 - Dott. Gianluigi Guano Responsabile S.S. Controllo di Gestione; referente Comitato Budget; RPCT con funzione di Coordinatore del Gruppo Aziendale PIAO;
 - Dott.ssa Luisa Ruatta, Responsabile S.S. Amministrazione del Personale e Responsabile f.f. S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori;
 - Dott.ssa Nadia Somale, Presidente Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) e Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- dato atto che il suddetto gruppo si potrà avvalere di tutte le figure e le professionalità necessarie alla raccolta dei dati utili al monitoraggio del PIAO;
- stabilito che con la prima stesura del PIAO, come da D.L. n. 36 del 30.04.2022, è stata effettuata una riconoscenza dei dati e dei documenti aziendali necessari alla raffigurazione di quanto previsto dal D.Lgs. n. 80/2021 e ss.mm.ii secondo lo schema tipo contenuto nel parere della Conferenza Unificata del 2.12.2021, in un'ottica di programmazione coincidente con il mandato dell'attuale Direzione Generale;
- visto conseguentemente il documento PIAO, allegato al presente provvedimento sotto la lettera A) per costituirne parte integrante e sostanziale;
- acquisito il parere favorevole dei componenti OIV in data 28.06.2022, come da documentazione archiviata presso la S.S. Controllo di Gestione;
- acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo ai sensi dell'art. 3, comma 1 quinque del decreto d.lgs 19/6/1999, n. 229;

- acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario a sensi dell'art.3, comma settimo, del decreto legislativo 30/12/1992 n.502, così come modificato dal decreto legislativo 7/12/1993 n.517;

DELIBERA

1) di costituire il Gruppo Aziendale PIAO ed individuare quali componenti i seguenti professionisti:

- Dott. Gianluigi Guano Responsabile S.S. Controllo di Gestione; referente Comitato Budget; RPCT con funzione di Coordinatore del Gruppo Aziendale PIAO;
- Dott.ssa Luisa Ruatta, Responsabile S.S. Amministrazione del Personale e Responsabile f.f. S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori;
- Dott.ssa Nadia Somale, Presidente Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) e Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;

2) di approvare il documento PIAO 2022 allegato al presente provvedimento sotto la lettera A) per costituirne parte integrante e sostanziale;

3) di provvedere alla pubblicazione del PIAO 2022 nel proprio sito internet istituzionale e di trasmetterlo al Dipartimento della Funzione Pubblica, per la pubblicazione sul relativo portale;

4) di prendere atto che il presente provvedimento non comporta oneri per l'Azienda Ospedaliera;

5) di dichiarare la presente delibera immediatamente eseguibile, stante l'urgenza di provvedere in merito.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Elide AZZAN

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gianfranco CASSISSA

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Monica REBORA

Sottoscrizione del proponente
Responsabile S.S. Controllo di Gestione
Dott. Gianluigi GUANO

<p>Regione Piemonte</p>  <p>AO S. Croce e Carle - Cuneo</p>	<p>PIAO</p> <p>Piano Integrato di Attività e Organizzazione</p> <p>Periodo di riferimento 2022-2024:</p> <p>anno 2022.</p>	<p>Data di emissione: 27.06.2022</p> <p>Rev. 0</p>
<p><i>Stesura</i> <i>Guano Gianluigi</i> <i>Ruatta Luisa</i> <i>Somale Nadia</i></p>	<p><i>Verifica e approvazione</i> <i>Direttore Generale</i> <i>Elide Azzan</i></p>	<p><i>Emissione e pubblicazione</i> <i>Responsabile</i> <i>Controllo di Gestione</i> <i>Guano Gianluigi</i></p>

Sommario

PREMESSA	2
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	3
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	6
Sottosezione di programmazione: Valore pubblico	6
Sottosezione di programmazione: Performance	7
Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza	19
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	28
Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa	28
Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile	34
Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale	36
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	42
RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI	47
ALLEGATI	48
LISTA DI DISTRIBUZIONE	48

PREMESSA

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2022 n. 113 ha previsto che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (d'ora in poi PIAO). L'AO S.Croce e Carle di Cuneo è soggetta a questo adempimento.

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

Con Decreto Legge 30 aprile 2022 n. 36, cosiddetto PNRR 2, la scadenza per la prima redazione è stata posta al 30 giugno 2022.

In questa prima stesura, in attesa di ulteriori indicazioni a livello nazionale e regionale, si procede alla ricognizione dei documenti aggiornati già presenti in Azienda in cui sono contenuti i dati richiesti, evidenziandone gli elementi essenziali e quelli da implementare.

L'arco temporale di riferimento coincide con il mandato della Direzione (2021-2024); il presente documento si focalizza soprattutto sull'anno 2022.

Il coordinatore del gruppo di lavoro individuato per la prima composizione del PIAO è il Responsabile della Struttura Controllo di Gestione che è anche il Coordinatore del Comitato Budget e attualmente RPCT.

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

La prospettiva triennale insita nel PIAO consente, fermo restando le precisazioni normative attese (DM con schema effettivo o piattaforma centralizzata di caricamento e Linee Guida, DPR con chiara indicazione dei documenti abrogati dal PIAO, posizione della Regione Piemonte in merito ad eventuali contestualizzazioni), una volta in vigore il nuovo Atto Aziendale ed anche in funzione della riassegnazione di molti incarichi aziendali, di programmare un percorso di sviluppo in cui rendere sempre più integrato il sistema che il PIAO dovrebbe rappresentare, stabilendo per ogni azione essenziale che operativizzi le sottosezioni la figura responsabile, gli obiettivi (*milestone* e finali), le modalità attuative, gli indicatori di monitoraggio intermedi e finali che possano, in un'ottica prima aziendale e poi sempre più allargata al contesto territoriale nel quale prioritariamente l'Azienda insiste (ASLCN1, Area Omogenea Piemonte Sud Ovest, riferimento al Comune di Cuneo ed ai Servizi Sociali zonali e con confronto regionale) di migliorare la conoscenza dei bisogni delle persone che si rivolgono all'ospedale, l'offerta (*input*) che a livello politico e di collaborazione con i servizi territoriali l'Azienda annualmente fa, la distanza tra richiesta e risposta (*output*), percepita e documentata, l'individuazione di indicatori di *outcome* che, attraverso modalità sempre più partecipate con gli *stakeholders*, possano consentire di misurare gli impatti sulla salute della popolazione e del territorio e la realizzazione della *mission* ospedaliera. Attraverso questo confronto sinergico e costante può scaturire una reale co-costruzione di Valore Pubblico, in cui l'Azienda ed i suoi operatori svolgono una parte, un riesame reale di che cosa andrebbe modificato in ottica di miglioramento continuo (PDCA) e di fattibilità che attraverso una comunicazione trasparente, efficace ed efficiente consenta di convivere in maniera positiva e dinamica, rafforzando i punti di riferimento per il benessere sociale nell'ordinarietà e nelle eventuali emergenze che potrebbero presentarsi.

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

Informazioni specifiche sono reperibili sul sito web aziendale¹, nelle Pubblicazioni per il cittadino² a partire dalla Carta dei Servizi³ e nelle apposite sezioni previste dall'Amministrazione Trasparente⁴. Il dettaglio specificamente contestualizzato al 31.12.2021 è contenuto nelle Relazioni di rendicontazione⁵.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle:

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

¹ www.ospedale.cuneo.it

² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

³ <http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico/carta-dei-servizi/>

⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=230>

⁵ Relazione sulla Performance 2021, Relazione sulle attività del CUG 2021, relazioni sulla Trasparenza allegate all'Attestazione OIV Obblighi di pubblicazione, Relazione Simivap, Relazione di Bilancio

Tropicali, Neuroradiologia, Medicina Nucleare, Neurochirurgia, Radiologia Interventistica, Terapia Intensiva Neonatale.

L'Atto Aziendale in vigore è stato definito nel 2017⁶ e sensibilmente modificato nel 2020⁷; è pubblicato sul portale aziendale⁸, così come l'organigramma⁹.

Il Direttore Generale è stato nominato con DGR 13-3295 del 28.05.21¹⁰.

In conseguenza degli adeguamenti organizzativi, derivanti dall'applicazione delle norme anti Covid 19, erano attivi a inizio dicembre 2021 583 posti letto distribuiti nei due Presidi, di cui 27 riservati a pazienti Covid (19 ordinari, 4 di terapia semi-intensiva e 4 di terapia intensiva).

Tabella n. 2: Rappresentazione posti letto e raffronto con 2019

	2019			2021		
	P.O S.Croce	P.O Carle	totale per tipologia di ricovero	P.O S.Croce	P.O Carle	totale per tipologia di ricovero
P.O. Letto di ricovero ordinario	452	168	620	392	141	533
P.O. Letto di ricovero diurno	26	24	50	28	22	50
Totale	478	192	670	420	163	583

Il dettaglio dei dati di attività al 31.12.2021 è contenuto nella Relazione sulla Performance 2021¹¹ dalla quale si estrapolano alcune informazioni normalmente utilizzate per presentare l'Azienda.

Tabella n. 3: Accessi al DEA 2021 analizzati per codice colore all'ingresso e genere

Genere	Totale	F	M
COLORE_ENTRATA_TRIAGE	Accessi DEA	Accessi DEA	Accessi DEA
	56.804	28.392	28.412
B	1.621	779	842
G	11.090	4.946	6.144
R	1.009	372	637
V	43.084	22.295	20.789

⁶ provvedimento n.358 del 09/10/2017

⁷ deliberazione n. 98 del 28.02.2020

⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/>

⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/>

¹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/>

¹¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

Tabella n. 4: Confronto statistiche sanitarie relative ai ricoveri ordinari 2021 versus 2020 e 2019

Anno	RO 2019	RO 2020	RO 2021
Dimessi	23.607	18.662	19.803
Giornate	184.207	141.869	151.353
Degenza media	7,80	7,60	7,64
Ricoveri < 2gg	1.801	1.491	1.616
Deceduti	859	946	866
Ricoveri Ripetuti	801	542	592
Ricoveri Ripetuti %	3,39%	2,90%	2,99%
Peso DRG	42.672,73	34.937,18	37.748,35
Peso DRG per dimesso	1,81	1,87	1,91
Prevalenza casi MEDICI	14.796	12.125	12.205
Prevalenza casi MEDICI %	62,68%	64,97%	61,63%
Prevalenza casi CHIR.	8.811	6.537	7.598
Prevalenza casi CHIR. %	37,32%	35,03%	38,37%

Tabella n. 5: Confronto statistiche sanitarie relative ai DH 2021 versus 2020 e 2019

Anno	DH 2019	DH 2020	DH 2021
Dimessi	8.780	5.475	6.594
Accessi	16.763	8.989	10.242
Accessi medi	1,91	1,64	1,55
Prevalenza accessi Diagn.	459	378	428
Prevalenza accessi Diagn. %	5,23%	6,90%	6,49%
Prevalenza casi MEDICI	3.643	2.138	2.660
Prevalenza casi MEDICI %	41,49%	39,05%	40,34%
Prevalenza casi CHIR.	5.137	3.337	3.934
Prevalenza casi CHIR. %	58,51%	60,95%	59,66%
Ricoverati	8.780	5.475	6.594
Casi proprio bacino	6.179	3.749	4.380
Indice di attrazione	29,62%	31,53%	33,58%
Decessi	0	0	0

Tabella n. 6: Nuovi nati nel 2021

Nuovi nati ¹²	di cui stranieri
1753	443

Rispetto allo scorso anno sono nati al S. Croce 52 bambini in più-

Tabella n. 7:: Numero prestazioni ambulatoriali 2021 analizzate per tipologia

Tipo	Quantità totale
	1.604.061
1. PRIMA VISITA AMBULATORIALE	82.496
1.. PRIMA VISITA CAS	4.302
2. VISITA DI CONTROLLO AMBULATORIALE	84.606
3. ALTRE PRESTAZIONI (DIAGNOSTICA, LABORATORIO)	1.432.657

Tabella n. 8: Numero prestazioni ambulatoriali 2021 analizzate per genere

Genere	Quantità totale
	1.604.061
F	848.283
M	755.778

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione: Valore pubblico

La missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri *stakeholders*¹³, e nel caso specifico delle Aziende Sanitarie, prima di tutto di utenti -cittadini.

Il Valore Pubblico atteso riguarda la salvaguardia della salute negli ambiti e nelle modalità previste a livello istituzionale nazionale, regionale e locale.

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

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

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

¹² Dati estrapolati da schede CEDAP (nati nel 2020 e dimessi nel 2021, nati e dimessi nel 2021, non nati nel 2021 e dimessi nel 2022)

¹³ Moore, 1995; Rebora, 1999: p. 47; Deidda Gagliardo, 2002: p. 14; Borgonovi e Mussari, 2011
Pagina 6 di 48

I principi fondamentali sui quali l’Azienda basa le proprie scelte e si indirizza l’operato dei propri Curanti sono dichiarati nella Carta dei Servizi¹⁴: egualianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso (tipicamente nei casi di inefficienza o di corruzione)¹⁵, l’Azienda, dalla fine degli anni Novanta, 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 consentano di verificare i percorsi seguiti, le risorse utilizzate, i risultati conseguiti;
- un meccanismo di coinvolgimento degli *stakeholders* interni ed esterni nella programmazione, attuazione e valutazione che consenta anche la rilevazione della soddisfazione rispetto ai target;
- un modello di miglioramento continuo basato sulla conoscenza puntuale delle criticità, l’individuazione di strategie di miglioramento e la verifica dell’efficacia delle azioni poste in essere.

Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli *stakeholders* e dei cittadini in generale¹⁶

I maggiori *stakeholders* dell’Azienda sono elencati in allegato.

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

Sottosezione di programmazione: Performance

Le informazioni richieste sono contenute nei documenti allegati e accessibili al portale ai link indicati, implementati contestualmente al progressivo sviluppo dell’annualità di budget.

I dati inerenti il territorio di riferimento sono tratti dalla quinta edizione dell’Annuario statistico regionale 2021 “I numeri del Piemonte”¹⁷, pubblicata il 16 dicembre 2021, in cui sono raccolte le principali statistiche ambientali e socio-economiche a livello regionale e provinciale.

La conoscenza del contesto epidemiologico, antropologico, sociale ed economico è data dalla condivisione dei dati fondamentalmente elaborati dall’ASLCN1^{18 19}e all’interno dell’Area Omogenea Piemonte Sud Ovest^{20 21}, così come riportati nell’apposito capitolo della Relazione sulla Performance 2021²².

L’ASL CN1 si avvale della Conferenza dei Sindaci²³ come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei cittadini e per altre attività previste dalla vigente normativa, come nel caso del Piano Locale Cronicità^{24 25}.

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

¹⁵ Deidda Gagliardo Il valore pubblico. La nuova frontiera delle performance, 2015 e attualizzazione 16.06.2022 ForumPA Performance e Piao per creare valore pubblico

¹⁶ Deidda Gagliardo, Il VP, la nuova frontiera della performance (RIREA, Roma).2015c: IX-XX.

¹⁷ <https://www.regione.piemonte.it/web/amministrazione/finanza-programmazione-statistica/statistica/numeri-piemonte-annuario-statistico-regionale>

¹⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/>

¹⁹ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

²⁰ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

²¹ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente>

²² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

²³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

²⁴ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

²⁵ file:///C:/Users/somale_n/Downloads/Allegato_3b_Del_520-2018_del_27_12_2018_Piano_Cronicita.pdf

Sostanzialmente l'Azienda ospedaliera opera in un territorio che comprende alcuni agglomerati urbani in aree pianeggianti e una vasta area montana in parte al confine con la Francia. La provincia di Cuneo²⁶, al 31 dicembre 2021, comprendeva 247 comuni²⁷, su una superficie mista di 6.894,83 km quadrati con una densità abitativa media di 84,11 residenti per km quadrato, registrando una popolazione residente pari a 580.789 abitanti (50,9% femmine e 49,1 % maschi), con un'età media di 45,6 anni.

Il quadro demografico del Sud-Ovest del Piemonte rispetto alla media piemontese registra un declino del numero di residenti meno accentuato e così pure l'invecchiamento. L'età media è più bassa rispetto al resto della Regione, tuttavia l'indice di natalità è basso; si è ridotto il numero di persone straniere che permangono sul territorio, la mortalità, aumentata rispetto agli anni pre-pandemici a causa del Covid 19, ha peggiorato il trend di invecchiamento della popolazione con ciò che ne consegue in termini di salute, bisogni e richiesta di prestazioni e servizi. La speranza di vita alla nascita e gli indicatori di mortalità mostrano una situazione vicina ai valori medi regionali anche se l'aspettativa di vita alla nascita è calata in misura rilevante: -1,1 anni per le donne ora posizionate a 83,9 anni; 1,6 per gli uomini che si attestano a 79,1 anni, in conseguenza dell'eccesso di mortalità registrato soprattutto nel primo anno pandemico (circa 100.000 decessi in più rispetto alla media del quinquennio 2015-2019, +15,6%); tale calo, nell'ipotesi di invarianza della buona salute percepita rispetto al 2019, avrebbe prodotto una variazione negativa della speranza di vita di 1,7 anni per gli uomini e 0,7 anni per le donne.

La pandemia da Covid 19 ha impattato in modo diretto e in misura significativa sul dominio 'salute' del benessere. Entrambi gli indicatori BES²⁸ afferenti a tale dominio sono stati fortemente interessati dalle conseguenze sanitarie, sociali ed economiche della pandemia, con variazioni di intensità mai registrate prima. Buona la soddisfazione per i servizi sanitari con evidenza di minori problemi di accesso alle strutture rispetto ad altri quadranti. Il tasso di mobilità passiva della Provincia di Cuneo è il più basso di tutto il Piemonte e di gran lunga inferiore alla media regionale. La pandemia ha probabilmente portato le persone a relativizzare la propria situazione rispetto ai problemi, a riconsiderare in alcuni casi le scale di priorità, a rimuovere elementi che prima della pandemia erano più frequentemente oggetto di insoddisfazione.

L'economia mostra una propensione all'occupazione e una capacità di produrre reddito superiore alla media regionale. Il Cuneese mostra una reazione alla crisi superiore alla media, grazie alle specializzazioni produttive del quadrante legate sia alla manifattura che all'agricoltura.

Il valore di soddisfazione degli intervistati cuneese, nelle ricerche sopra citate, è più alto del resto delle province piemontesi (es. 68,9% rispetto ai servizi ospedalieri), anche se le criticità, ad esempio raccolte dall'URP piuttosto che i dati di *compliance* riferibili ai pazienti affetti da patologie croniche o di adesione agli screening devono far mantenere costante l'attenzione rispetto a ciò che funge da barriera o facilita le persone nel gestire attivamente la propria salute.

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

I principali obiettivi della *performance* sono dati dagli obiettivi di mandato 2021-2024 assegnati al Direttore Generale con DGR n. 13 – 3295²⁹ e declinati nell'operatività aziendale attraverso il processo di budget.

Al momento della redazione del presente documento la Regione non ha assegnato altri o diversi obiettivi al Direttore Generale per il 2022.

²⁶ <https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/dati-sintesi/cuneo/4/3>

²⁷ http://piemonte.indettaglio.it/ita/province/cn/la_provincia_di_cuneo.html

²⁸ [https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)/gli-indicatori-del-bes](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)/gli-indicatori-del-bes)

²⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

La Direzione ha dato regolarmente corso alla programmazione interna a partire da marzo 2022. Quando arrivassero ulteriori o diverse indicazioni, ad esempio, dalla Regione, si provvederà all'integrazione o variazione di quanto al momento sottoscritto nelle schede di budget.

La cascata di azioni previste per l'attuazione e la valutazione degli obiettivi è descritta nel Piano Performance³⁰ e rendicontata nella Relazione sulla Performance³¹.

E' riconosciuto, da sempre, come indispensabile il raccordo con i documenti di Bilancio, come si evince da quanto pubblicato in area Performance³² del sito aziendale e dalle Relazioni annuali di Bilancio.

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

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

Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità/Centri di Costo e sono pubblicati in allegato "work in progress" al Piano della Performance 2022³³.

I 147 obiettivi assegnati internamente per l'annualità di budget 2022, la cui sintesi è allegata a questo documento, sono riconducibili indicativamente, riguardo all'aspetto su cui maggiormente si dovrà intervenire, all'area organizzazione (66%), seguita da quella dell'appropriatezza (25%), della formazione (3%), dell'area economica (5%) e del rischio clinico (1%), ma al di là delle classificazioni indicate nelle singole schede, si può affermare che l'orientamento essenziale delle attività è incentrata attorno all'appropriatezza a tutti i livelli, aspetto che consente sostanzialmente di rispettare l'equilibrio di bilancio, gestire le liste ed i tempi di attesa tramite interventi organizzativi che presuppongono sempre una partecipazione attiva determinante da parte di tutto il personale.

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

A seguire, a titolo esemplificativo, si darà evidenza dell'applicazione a cascata della suddetta declinazione.

Obiettivo di mandato n.1. Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda. Gli Enti del SSR, in applicazione delle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative statali e regionali vigenti e delle risorse assegnate con DGR n. 31-877 del 23 dicembre 2019, sono tenuti ad assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale, sia in sede di adozione dei bilanci preventivi economici che in itinere nei conti economici trimestrali, nonché, in particolare, in sede di adozione del bilancio di esercizio aziendale a consuntivo. Questa è da sempre la premessa generale che funge da punto di riferimento per tutte le valutazioni operative; per questo motivo vengono assegnati ad un gran numero di strutture (47 strutture hanno l'obtv. n.1) obiettivi direttamente o indirettamente riconducibili al controllo delle spese o al rapporto costi-produzione:

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
1	Attuazione piano di efficientamento della spesa su indicazione regionale

³⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance/>

³¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

³² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/>

³³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance/>

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
102	Gestione budget e verifica di compatibilità di spesa
104	Attività di controllo e sollecito delle liquidazioni finalizzata al rispetto dei tempi di pagamento
106	Revisione del piano di utilizzo e dismissione del patrimonio immobiliare
108	Liquidazione fatture
109	Gestione budget – passaggio S.C. Bilancio e Contabilità
4	Ottimizzazione dell'attività di degenza
6	Contenimento della degenza media
27	Contenimento spesa farmaci L (compresi i farmaci innovativi)
72	Efficientamento percorso TAVI
73	Efficientamento della degenza in Cardiologia ed UTIC
82	Incremento della produzione ambulatoriale
89	Incremento del numero di esami CT/ Pet
90	Incremento del numero di densitometrie
101	Produzione di unità di plasma cedute in convenzione a Kedrion

Nel corso del 2022 è stata intrapresa un'attività di riesame dei processi finalizzata all'individuazione delle aree di miglioramento attraverso la reingegnerizzazione, digitalizzazione e semplificazione degli stessi, ad esempio in relazione al recupero crediti relativamente alle mancate disdette di prenotazioni ambulatoriali, mancato ritiro di referti, mancato pagamento del ticket, ecc.

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

L'ambito della gestione (organizzazione, monitoraggio in tempo reale) dei tempi e delle liste di attesa, è un punto critico storico in tutto il sistema pubblico nazionale, ma a maggior ragione dopo la pandemia Covid 19 ed anche per le Aziende, come la scrivente, considerate punto di riferimento e di eccellenza dagli utenti che scelgono di rivolgersi a Cuneo pur nella consapevolezza di un'offerta gestita, per la stragrande maggior parte di prestazioni, a livello di territorio regionale.

Questo obiettivo è di grande interesse per tutti gli *stakeholders*, è direttamente connesso all'accessibilità, viene declinato sotto varie forme nelle schede di budget ed è connesso anche indirettamente alla maggior parte degli obiettivi assegnati non solo alle strutture cliniche ma anche a quelle tecnico amministrative e di staff (es: l'obtv. 12 Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali secondo le indicazioni regionali riguarda 16 strutture; l'obtv 18 pertinente alle prestazioni di ambulatoriali e diagnostiche per pazienti esterni 7 strutture):

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
4	Ottimizzazione dell'attività di degenza
6	Contenimento della degenza media
9	Miglioramento dell'efficienza organizzativa della degenza
12	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali secondo indicazioni regionali
13	Riattivazione dell'attività diabetologica ambulatoriale con la Diabetologia territoriale dell'ASLCN1 nel presidio di Via C. Boggio di Cuneo, secondo accordi interaziendali

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
14	Copertura degli esami nel rispetto di quanto indicato nel Piano di Attività dei Programmi di Screening
18	Tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali/diagnostiche per pazienti esterni
21	Implementazione della presa in carico ambulatoriale dietologica e/o dietistica dei pazienti nefropatici
23	Implementazione della continuità assistenziale ospedale-territorio mediante l'attivazione della NAD in collaborazione con il NOCC e MMG
26	Implementazione delle sedute settimanali di valutazione strumentale nel laboratorio di biometria clinica
37	Tempi di attesa ricoveri secondo indicazioni regionali
38	Incremento delle procedure erogate in regime di Chirurgia Ambulatoriale Complessa
43	Riduzione tempi degenza postoperatori per colecistectomia in ricovero urgente
47	Incremento attività chirurgica in ambito senologico
48	Incremento degli interventi di chirurgia palpebrale ambulatoriale in pazienti non complessi
50	Dimissione in II anzichè in III giornata per i pazienti sottoposti ad esclusiva procedura endoscopica funzionale naso-sinusale
55	Riduzione della lista di attesa per interventi chirurgici minori
67	Assegnazione degli slot di sala operatoria in funzione del numero di pazienti in lista di attesa per gli interventi oggetto di monitoraggio ministeriale e regionale
68	Riduzione ricoveri da PS dell'area di pertinenza
69	Misurazione del boarding in Pronto Soccorso
72	Efficientamento percorso TAVI
73	Efficientamento della degenza in Cardiologia ed UTIC
82	Incremento della produzione ambulatoriale
85	Riduzione ricoveri ripetuti secondo indicatore D27C del Nuovo Sistema di Garanzia
91	Disponibilità agende di prenotazione per esecuzione esame PET con 18F-FDG per i pazienti in carico alle Oncologie ed Ematologie Hub e Spoke
92	'Trattamento endovascolare dello stroke ischemico h 24 7/7
93	Trattamento endovascolare di aneurismi intracranici e malformazioni vascolari cerebrali e spinali in regime di urgenza e di elezione
100	Rispetto dei tempi di attesa per prestazione ambulatoriali ed interventi chirurgici
vari	Impiego sistematico dei protocolli ERAS per i pazienti sottoposti a chirurgia presso varie strutture

Obiettivo di mandato n.3. Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale.

Tale obiettivo prevede l'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte -del Piano pandemico operativo Covid-19, sia territoriale che ospedaliero; i suoi punti cardine sono la revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie e per tutti gli attori coinvolti, l'individuazione delle misure da adottare per ogni fase e la definizione delle procedure di riferimento, nel presupposto di fornire risposte coordinate e sistemiche.

L'obiettivo 127 "Aggiornamento del piano pandemico" è stato esplicitamente assegnato a 3 strutture (FVO, MC, SPP).

Alcuni obiettivi possono essere ricondotti comunque al mantenimento delle azioni preventive e di gestione di eventi pandemici o che possono tradursi in un aumento di afflusso ai servizi ospedalieri.

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
129	Piano di Emergenza Interno ed Evacuazione: realizzazione e diffusione di schede illustrate
130	Collaborazione all'effettuazione delle vaccinazioni per COVID
131	Vaccinazione degli operatori sanitari
119	Monitoraggio Personale

Obiettivo di mandato n. 4. Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva. L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili.

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

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
6	Contenimento della degenza media
7	Donazioni d'organo su indicazione regionale donatori di cornee
10	Attività di supporto dedicata alla struttura di Urologia per la gestione dei pazienti "complessi"
11	Ambulatorio pilota di secondo livello per ipertensione resistente e secondaria rivolto a circa 10 MMG
12	Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali secondo indicazioni regionali
18	Tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali/diagnostiche per pazienti esterni
19	Standardizzazione e semplificazione del percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti affetti da interstiziopatie polmonari
20	Miglioramento appropriatezza prescrittiva e contenimento dell'utilizzo delle Immunoglobuline per una corretta gestione della temporanea carenza di sangue, emocomponenti ed emoderivati
22	Revisione e aggiornamento degli schemi dietetici attualmente utilizzati per la terapia dietetica dei pazienti affetti da Malattia Renale Cronica (MRC)
23	Implementazione della continuità assistenziale ospedale-territorio mediante l'attivazione della NAD in collaborazione con il NOCC e MMG
24	Prevenzione e trattamento della malnutrizione e della ridotta idratazione nei pazienti anziani (> 65 anni) ricoverati. Iniziale avvio presso 3 reparti pilota del Dipartimento di Area Medica
28	Collaborazione con la Direzione Sanitaria di Presidio nel controllo delle infezioni ospedaliere attraverso prosecuzione dei programmi di antimicrobial stewardship e il monitoraggio del consumo di antibiotici con la Farmacia Ospedaliera
29	Razionalizzazione della profilassi antibiotica in Ortopedia e Urologia
31	Adesione al Piano Locale Cronicità
32	Elaborazione di PSDTA per la gestione dei pazienti affetti da asma grave e sinusite non controllata
37	Tempi di attesa ricoveri secondo indicazioni regionali
38	Incremento delle procedure erogate in regime di Chirurgia Ambulatoriale Complessa

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
43	Riduzione tempi degenza postoperatori per colecistectomia in ricovero urgente
59	Incremento donazioni d'organo su indicazione regionale - Segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%)
61	Prevenzione della malnutrizione nel paziente critico
62	Applicazione della PG 007 "Informazione al paziente e consenso informato all'atto sanitario"
64	Trattamento endoscopico dell'enfisema polmonare in fase terminale in collaborazione con la SC Pneumologia
65	Impiego sistematico dei protocolli ERAS per i pazienti sottoposti a chirurgia toracica maggiore
66	Incremento trattamenti endovascolari per la patologia varicosa degli arti inferiori
68	Riduzione ricoveri da PS dell'area di pertinenza
79	Proseguimento della collaborazione per i ricoveri di bambini e adolescenti con scompenso psichico acuto
83	Estensione dello screening ecografico della displasia dell'anca ai neonati dimessi dalla TIN e seguiti in follow-up
85	Riduzione ricoveri ripetuti secondo indicatore D27C del Nuovo Sistema di Garanzia
87	Copertura da inviti e copertura da esami per lo screening mammografico età 50-69 anni secondo indicazioni regionali
98	Evidenza di sorveglianza su microrganismi alert, report annuale sulle antibiotico resistenze e sulla frequenza di enterobatteri resistenti a carbapenemi
139	Attivazione di ambulatorio multidisciplinare inerente il trattamento delle problematiche del perineo

E' inoltre da ricordare che l'Azienda aderisce al Piano Nazionale Esiti (PNE)³⁴. I dati degli indicatori prescelti sono pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente³⁵, come richiesto dalla Legge di stabilità 2015, associati a specifici obiettivi di budget, mensilmente monitorati.

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
45	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni
46	Frattura della tibia e del perone
71	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI
80	Proporzione di parti con taglio cesareo primario secondo indicazioni regionali

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

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

³⁴ <http://95.110.213.190/PNEed15/>

³⁵

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

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

Circa, più in particolare, i flussi informativi sanitari è da specificare che l'obtv 8 è stato assegnato a 13 strutture e altri obiettivi sono orientati ad una maggiore digitalizzazione dei processi:

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
8	Flussi informativi sanitari
113	Revisione sito intranet su piattaforma TYPO
114	Miglioramento della gestione dei dati relativi all'utilizzo delle attrezzature medicali
115	Completamento informatizzazione della Piastra Endoscopica Aziendale
116	Televisita e firma digitale. Terapia informatizzata e nuova lettera di dimissione integrata
117	Creazione punto unico di assistenza dei blocchi operatori, con presenza nei blocchi operatori.
118	Censimento dei software presenti sulle attrezzature elettromedicali
126	Potenziamento archiviazione informatica
134	Miglioramento dei flussi informativi aziendali
140	Installazione della piattaforma integrata Digistat a supporto della cartella clinica nella SSD Rianimazione
111	Indagini e consultazioni preliminari di mercato (in base al codice degli appalti e alle Linee Guida ANAC) sui servizi affidati ad AMOS

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

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
4	Ottimizzazione dell'attività di degenza
21	Implementazione della presa in carico ambulatoriale dietologica e/o dietistica dei pazienti nefropatici
22	Revisione e aggiornamento degli schemi dietetici attualmente utilizzati per la terapia dietetica dei pazienti affetti da Malattia Renale Cronica (MRC)
23	Implementazione della continuità assistenziale ospedale-territorio mediante l'attivazione della NAD in collaborazione con il NOCC e MMG
24	Prevenzione e trattamento della malnutrizione e della ridotta idratazione nei pazienti anziani (> 65 anni) ricoverati. Iniziale avvio presso 3 reparti pilota del Dipartimento di Area Medica
26	Implementazione delle sedute settimanali di valutazione strumentale nel laboratorio di biometria clinica
29	Razionalizzazione della profilassi antibiotica in Ortopedia e Urologia
30	Attivazione ambulatorio post-AKI (Danno renale acuto) dedicato a pazienti dimessi dopo un episodio significativo di danno renale acuto
31	Adesione al Piano Locale Cronicità
32	Elaborazione di PSDTA per la gestione dei pazienti affetti da asma grave e sinusite non controllata
33	Attivazione seduta elettromiografica settimanale per pazienti affetti da patologia ematologiche meritevoli di trattamento farmacologico con chemioterapici
34	Attivazione di un servizio dedicato alle Malattie Trombotiche ed Emorragiche
35	Attivazione terapie cellulari con CAR-T
38	Incremento delle procedure erogate in regime di Chirurgia Ambulatoriale Complessa
39	Attivazione Progetto "Salute Uomo"

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
40	Trattamento dell'incontinenza urinaria a seguito di chirurgia per tumore alla prostata
41	Programma ERAS in Chirurgia colonrettale
42	Implementazione aziendale "Rete per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza fiscale"
44	Revisione del Regolamento con particolare riferimento alla riformulazione degli indicatori di qualità e alla riorganizzazione del processo di dimissione e di bed management
47	Incremento attività chirurgica in ambito senologico
48	Incremento degli interventi di chirurgia palpebrale ambulatoriale in pazienti non complessi
49	Estensione del protocollo ERAS seguito per la chirurgia oncologica open della laringe ad altre patologie oncologiche testa/collo
50	Dimissione in II anzichè in III giornata per i pazienti sottoposti ad esclusiva procedura endoscopica funzionale naso-sinusale
51	Programmazione virtuale 3D delle deformità dei mascellari mediante simulazione con software IPS
53	Stabilizzazione ed estensione del Programma ERAS in Oncologia Ginecologica
54	Ambulatorio Rosa. Creazione di uno spazio ambulatoriale ad accesso libero, con orario diurno (h 9.00 - 18.00)
56	Integrazione fra le strutture afferenti alla Terapia Intensiva Cardio-toraco-vascolare
58	Gestione del potassio cloruro endovenoso
61	Prevenzione della malnutrizione nel paziente critico
62	Applicazione della PG 007 "Informazione al paziente e consenso informato all'atto sanitario"
64	Trattamento endoscopico dell'enfisema polmonare in fase terminale in collaborazione con la SC Pneumologia
65	Impiego sistematico dei protocolli ERAS per i pazienti sottoposti a chirurgia toracica maggiore
66	Incremento trattamenti endovascolari per la patologia varicosa degli arti inferiori
70	Ambulatorio di follow up di medicina d'urgenza in doppia modalità - in presenza - telematica per i pazienti dimessi dal Pronto Soccorso o dall'osservazione Breve Intensiva o dal reparto
72	Efficientamento percorso TAVI
73	Efficientamento della degenza in Cardiologia ed UTIC
74	Creazione di un percorso preferenziale (come da PDTA regionale) per il paziente oncologico con dolore sia in regime di RO che ambulatoriale
75	Creazione di un PDTA aziendale per il dolore cronico pelvico femminile secondo linee guida internazionali con presa incarico ambulatoriale e, dove indicato, effettuazione di procedure mininvasive interventistiche
76	Collaborazione con la SSD Senologia Chirurgica per l'implementazione dell'attività chirurgica in ambito senologico
78	Estensione dell' indicazione al follow up a tutti i prematuri, fino a 36 settimane + 6 giorni di età gestazionale
79	Proseguimento della collaborazione per i ricoveri di bambini e adolescenti con scompenso psichico acuto
81	Implementazione di attività di Distribuzione Diretta
83	Estensione dello screening ecografico della displasia dell' anca ai neonati dimessi dalla TIN e seguiti in follow-up
85	Riduzione ricoveri ripetuti secondo indicatore D27C del Nuovo Sistema di Garanzia
86	Mantenimento ed implementazione collaborazione percorsi di cura ospedale-territorio
87	Copertura da inviti e copertura da esami per lo screening mammografico età 50-69 anni secondo indicazioni regionali
92	'Trattamento endovascolare dello stroke ischemico h 24 7/7
93	Trattamento endovascolare di aneurismi intracranici e malformazioni vascolari cerebrali e spinali in regime di urgenza e di elezione

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
94	Partecipazione all'attività GIC aziendale e interaziendale
95	Ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti oncologici ricoverati che necessitano di visite radioterapiche per interni
137	Collaborazione alla gestione dei pazienti affetti da malattie rare per le relative terapie farmacologiche
139	Attivazione di ambulatorio multidisciplinare inerente il trattamento delle problematiche del perineo

Molti degli obiettivi estrapolati a titolo paradigmatico hanno finalità connesse al miglioramento dell'accessibilità ai servizi dell'Azienda, (come l'obtv. 4, tutti quelli che prevedono l'attivazione di nuovi servizi: nn. 11, 13, 30, 32, 33, 34, 35, 39, 42, 54, 64, 74, 75, 76, 79, 86, 139, 141, 147 o ampliamenti di orari o misure organizzative che migliorino la facilità di dialogo sia in presenza es. nn. 16, 17, sia tramite telemedicina es. nn 70, 116 e indirettamente tutto quanto precedentemente esemplificato in termini di governo dei tempi di attesa e appropriatezza) in costante collaborazione con i servizi del territorio (es. nn. 13, 14, 23, 31, 44, 86, 87).

Aspetti di innovazione sono esplicitamente riscontrabili in alcuni obiettivi tra cui la Realizzazione Unità Studi Clinici (USC) di fase I (obtv. 36) e l'attivazione di alcuni servizi quali quello relativo alla gestione delle visite con modalità telemedicina.

Alcuni obiettivi sono specificamente rivolti alla creazione o implementazione di servizi in ottica di genere e medicina personalizzata, all'interno dei progetti di umanizzazione delle cure e di promozione della Medicina di genere e delle differenze:

N. OBTV	DESCRIZIONE OBIETTIVO
39	Attivazione Progetto "Salute Uomo"
54	Ambulatorio Rosa. Creazione di uno spazio ambulatoriale ad accesso libero, con orario diurno (h 9.00 - 18.00)
75	Creazione di un PDTA aziendale per il dolore cronico pelvico femminile secondo linee guida internazionali con presa incarico ambulatoriale e, dove indicato, effettuazione di procedure mininvasive interventistiche
147	Assistenza ostetrica ed infermieristica alla Partoanalgesia h.24

Per quanto riguarda l'area riconducibile alle risorse umane, significativi sono gli obiettivi che prevedono, previo monitoraggio costante del personale (obtv. 119) e riconoscimento dello stato dell'arte, la presenza di almeno 2 operatori in grado di gestire processi operativi, laddove oggi sono in mano ad una sola persona (obtv n. 103 Condivisione e diffusione delle competenze all'interno della Struttura) e il ripristino dell'obiettivo prevenzione del rischio tra operatori e pazienti, stress lavoro-correlato e promozione del benessere organizzativo (obtv n. 132).

Continuano storicamente gli obiettivi connessi a specifica formazione, passaggio di consegne e protezione dei lavoratori (es. obtv nn.128, 136, 145, 146).

È inoltre prevista la revisione degli incarichi dirigenziali (obtv. n.120) e del sistema di valutazione del personale in vigore in Azienda dal 1999 (obtv.148).

Obiettivo di mandato n. 5: Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi online.

E' pianificata l'integrazione della piattaforma di televisita con il sistema di autenticazione SPID per aumentare il grado di sicurezza quale azione sinergica per la diffusione dell'utilizzo dell'FSE/ROL. Il FSE è già alimentato dai flussi informativi previsti: referti di Laboratorio Analisi, Medicina Nucleare e

Radiodiagnostica, verbali di Pronto Soccorso, verbali operatori, lettere di dimissione, referti ambulatoriali.

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

Il riconoscimento dell'importanza del governo dell'integrità in tutti i processi, del coinvolgimento di tutti i dipendenti ed i soggetti interessati nel sistema di prevenzione e gestione dei rischi emerge dalla conferma dell'assegnazione a tutte le strutture tecnico amministrative, ai Dipartimenti clinici ed a buona parte delle strutture in staff, di obiettivi riconducibili alla Prevenzione della corruzione ed alla realizzazione della Trasparenza, (obtv. n. 2).

STRUTTURE	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD
Acquisti Bilancio Comunicazione DAPO DIPSA Farmacia FVO PAAat SID Tecnico	Organizzazione	Attuazione misure di contrasto anticorruttivo	Invio dati relativi agli indicatori previsti nel monitoraggio delle misure di contrasto (attuazione misure previste nel PTPCT e nell'applicativo, invio degli elementi di contesto interni)	a) 15/07/2022 b) 11/11/2022

Il coordinamento è del RPCT al momento Responsabile della Struttura Controllo di Gestione.

STRUTTURE	AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD	PESO
133 CDG	Organizzazione	Prevenzione della corruzione e Trasparenza	a) Gestione adempimenti Trasparenza b) Monitoraggio misure anticorruttive	a) Elaborazione documenti entro scadenze previste dalla normativa b) Secondo scadenze previste dalla normativa	25%

Alcuni obiettivi specificamente assegnati alle strutture sono connessi a misure citate nel PTPC.

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
107	Revisione di processi relativi all'organizzazione dell'attività libero professionale ambulatoriale e di ricovero
111	Indagini e consultazioni preliminari di mercato (in base al codice degli appalti e alle Linee Guida ANAC) sui servizi affidati ad AMOS
121	Revisione del Regolamento Interaziendale per la disciplina dell'assistenza legale diretta e del rimborso delle spese legali e peritale
122	Formazione di un elenco di avvocati esterni per l'affidamento degli incarichi di patrocinio legale a favore del personale dipendente

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
123	Revisione del Regolamento sul funzionamento dell'Ufficio Interaziendale per i procedimenti disciplinari relativi al personale
138	Realizzazione Unità Studi Clinici (USC) di fase I
110	Organizzazione della Struttura finalizzata alla tempestività del processo di acquisizione, a livello aziendale, di beni di valore superiore alla soglia comunitaria
118	Censimento dei software presenti sulle attrezzature elettromedicali

o per aumentare la trasparenza e la comunicazione interna

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
113	Revisione sito intranet su piattaforma TYPO

La revisione dell'organigramma degli incarichi dirigenziali (obtv. n.120) consentirà di valutare la rotazione ordinaria di alcuni ruoli.

Nell'ottica di pervenire sempre più ad un sistema di Governo del Rischio integrato a livello aziendale, si segnala una batteria di obiettivi legati alla sicurezza:

N. OBTW	DESCRIZIONE OBIETTIVO
62	Applicazione della PG 007 "Informazione al paziente e consenso informato all'atto sanitario"
96	Prevenzione rischio clinico: esecuzione di esami di risonanza magnetica in pazienti portatori di dispositivi medici impiantabili attivi (DMIA)
143	Sicurezza dei pazienti: registrazione nel referto delle dosi al paziente
141	Percorso ambulatoriale di somministrazione delle terapie per la DMLE e la DME prescritte rispetto a quanto indicato nelle LG aziendali
63	Centralizzazione dell'attività di programmazione dei ricoveri

Si sottolineano quelli già precedentemente richiamati per il governo delle liste di attesa e della gestione del budget e verifica di compatibilità di spesa (es. obtv n.102).

Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza

Contesto esterno

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

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

Dai dati pubblicati dal Ministero della Salute nel 2021 non ci sono episodi direttamente riconducibili al territorio cuneese, mentre quelli riferiti al territorio piemontese, sulla scia di indagini condotte a livello nazionale, riguardano segnalazioni individuali di esercizio abusivo della professione³⁶ ³⁷, piuttosto che di centri sanitari non autorizzati e ad un significativo numero di irregolarità riscontrate in corso dei controlli specifici per la gestione pandemica (mascherine contraffatte³⁸, dispositivi non in regola con le specifiche richieste, filiera vaccini³⁹, test rapidi⁴⁰ irregolari, misure antiCovid varie).

Nessuna menzione sulla Provincia di Cuneo nelle ultime relazioni riferite al 2021 sia rispetto agli Amministratori sotto tiro⁴¹ sia rispetto alle relazioni DIA per quanto riguarda le infiltrazioni mafiose.

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

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

Gli eventi delittuosi sono meno frequenti nel Cuneese, meno di una persona su 5 è testimone con una certa frequenza di fatti criminosi o potenzialmente pericolosi (come spaccio di droga o prostituzione). La percezione di paura soggettiva dichiarata nelle *survey* consultate è tra le più basse in Piemonte.

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

Per il 247simo anniversario della Guardia di Finanza è stato reso noto il Rapporto da cui si evince che il Cuneese sia un'area sana, con un alto rispetto delle regole, confermato anche di fronte alle restrizioni straordinarie in corso di pandemia e tenendo conto della diminuzione dei controlli strumentali e della variazione di quelli fiscali. Durante il periodo emergenziale, attraverso l'operazione Secure Mask, le Fiamme Gialle hanno sequestrato 87 mila mascherine, non sicure o fuori legge,

³⁶ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2218

³⁷ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2178

³⁸ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2207

³⁹ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2174

⁴⁰ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=2151

⁴¹ <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/pubblicazioni/amministratori-sotto-tiro/>

provenienti dalla Cina, per un milione di euro. Nello stesso periodo tutte le forze dell'ordine sono state impegnate anche nel mantenimento della sicurezza attraverso specifici controlli da cui sono scaturite, a titolo di esempio, sanzioni amministrative per 172 singoli cittadini che avevano violato le disposizioni e 3 attività commerciali a fronte di 271 ispezioni.

Con riferimento a frodi e gare truccate nelle ASL piemontesi, l'operazione Molosso, condotta dalla GdF di Torino nel novembre 2020, ha portato a quindici ordinanze di misura cautelare nei confronti di dipendenti pubblici, commissari di gara ed agenti e rappresentanti di alcune imprese, tutti accusati a vario titolo di corruzione, turbativa d'asta e frode nelle pubbliche forniture. Gli atti investigativi delle Fiamme Gialle mostrano la rapidità con cui si sono scatenati gli appetiti delle mafie; a Torino sono stati sventati tentativi di corruzione: al centro degli interessi illeciti c'erano i lavori di pulizia e igienizzazione imposti dalla profilassi epidemica.

La nuova frontiera della sicurezza anche all'interno delle Pubbliche Amministrazioni riguarda le minacce alla sicurezza digitale con truffe che diventano sempre più complesse, si propagano grazie alla capacità di operare a livello transfrontaliero e all'interconnettività, traendo vantaggio dai labili confini tra il mondo fisico e quello digitale. Gli attacchi possono verificarsi senza preavviso e lasciare dietro di sé poche o nessuna traccia; durante la pandemia Covid19, le nuove tecnologie hanno consentito a molte imprese e servizi pubblici di continuare a operare, sia consentendoci di rimanere collegati nell'ambito del telelavoro sia mantenendo la logistica delle catene di approvvigionamento, tuttavia, ciò ha anche dato il via a un aumento impressionante di attacchi dolosi ("cybercrime as-a-service" ossia l'offerta di servizi illegali, software maligni, furto di dati personali o commerciali mediante la pirateria e l'interruzione delle attività digitali con i relativi danni finanziari o di reputazione).

Da un lato operare prevalentemente su un territorio di provincia con le caratteristiche sopra menzionate, da sempre implica un numero piuttosto limitato di persone "politicamente esposte", che si conoscono tra loro e che un po' tutti conoscono, anche nelle nuove generazioni e dall'altra vede un numero ancora circoscritto di ambiti in cui gli effetti della globalizzazione si vedono in maniera più evidente. Questo, come si evince dalla letteratura in merito, da un lato può risultare un fattore protettivo nel momento in cui un certo livello di "chiusura", anche in termini geografici, salvaguarda un contesto sano dal punto di vista dei comportamenti più storicamente rilevabili (es. dati sulla sicurezza sociale e sulle infrazioni ed i reati), dall'altra non consente di escludere invece un potenziale interesse speciale proprio da parte delle nuove forme di criminalità organizzata, come accade in ogni momento di maggior rischio di debolezza di impresa e di arrivo di ingenti investimenti a livello centralizzato.

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2022 si sta continuando ad investire sulla formazione e sull'informazione, prioritariamente verso i neoassunti e chi ha ricevuto incarichi di responsabilità nella gestione del personale e dei processi e continueranno i *focus* di aggiornamento con gli operatori di determinati settori con specifici rischi.

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

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

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

L'elenco dei processi sottoposti a valutazione dal punto di vista anticorruttivo è data dall'allegato al PTPCT⁴², generato dall'applicativo gestionale alimentato semestralmente in occasione della valutazione dello stato di attuazione delle misure anticorruttive e dal riesame annuale dell'impianto dell'intero sistema.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.

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

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

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

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

Nel mese di ottobre, come da scadenziario periodico, la FPCT ha inviato alla maggior parte dei Responsabili delle strutture tecnico amministrative ed i loro Referenti una prima richiesta di trasmissione delle informazioni di pertinenza per la programmazione 2022 sia a livello di gestione *performance* che nello specifico di prevenzione della mancata integrità.

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

Per analizzare i rischi si traggono elementi da:

- analisi del contesto interno e esterno e loro evoluzioni e prospettive;

⁴² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>
Pagina 21 di 48

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

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

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

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

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

Rispetto ai fattori abilitanti⁹ degli eventi corruttivi è indispensabile conoscere i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. Dall’analisi di questi fattori emergono le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.

È stato utilizzato l’elenco presentato nel modulo di formazione ANAC di ottobre per analizzare la specifica situazione contestuale alla luce dell’impianto organizzativo, della situazione configurata nella gestione delle diverse fasi di pandemia:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Alcuni spunti di miglioramento, leggendo i fattori di contesto analizzati nel 2021, riguardano il miglioramento dell’efficacia di taluni controlli negli snodi strategici, l’individuazione di misure che siano realmente sostenibili e rilevabili, soprattutto in chiave semplificativa. Talvolta è presente la difficoltà a mettere in atto nuove competenze che vedano protagonisti in prima persona i singoli soggetti, soprattutto a fronte di carichi crescenti di lavoro che tendono a far percepire un costante stato di urgenza e ad impedire non solo una normale programmazione ma una reale possibilità di innovazione ed analisi critica dei processi. In tali condizioni tutti i cambiamenti rischiano di essere vissuti come imposizioni calate dall’alto, ulteriori appesantimenti che difficilmente si riesce a far propri.

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

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

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

In assenza di tale supporto allo stato attuale rimane in atto il modello di rilevazione dati e informazioni e di valutazione illustrato nei PTPCT degli anni precedenti⁴³.

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

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

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

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

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.

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

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

Le misure vengono individuate dal Responsabile della gestione del processo, ad esempio per quelli gestiti a livello centrale o dal Responsabile della Struttura di riferimento purché non in contrasto con quelle eventualmente stabilite aziendalmente e sono progettate rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo.

Negli ultimi anni si è cercato di privilegiare le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelli di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità anche attraverso interventi di digitalizzazione.

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

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

Il dettaglio delle misure è visibile nei report estraibili tramite applicativo gestionale; quelle particolarmente attenzionate nel 2022 sono presentate nella figura n.24 del PTPCT 2022⁴⁴.

Fondamentalmente quelle maggiormente considerabili sono attribuibili all'area della regolamentazione e del controllo che si incrociano con quelle di trasparenza nel senso di rendere conoscibili i regolamenti

⁴³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

⁴⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

e le modalità previste per i controlli e di formazione/diffusione di informazioni, anche tramite le attività previste la diffusione del Codice di comportamento.

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

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

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

La particolarità degli anni 2020 e 2021 non ha consentito alcuna modifica del sistema né il coinvolgimento di tutti i Responsabili di settore, concentrandosi sul confronto con alcuni di loro soprattutto per quanto riguarda le misure più direttamente connesse alla gestione della pandemia (es approvvigionamento/servizi/lavori, acquisizione del personale).

Il PTPCT contiene informazioni sugli esiti del monitoraggio dell'anno precedente; gli elementi emersi dagli audit effettuati e la verifica dei fattori abilitanti che fondamentalmente sono legati a comportamenti delle persone.

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

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

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

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

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

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

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

- il contenimento delle liste di attesa e dei tempi di ricovero
- la definizione di PSDTA che ottimizzino tempi e consumo di risorse
- l'appropriatezza prescrittiva.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.

Molteplici sono le attività di monitoraggio ordinariamente previste nei processi gestiti in Azienda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I monitoraggi di 3° livello sono quelli posti in essere da un soggetto esterno all'Azienda. Possono essere periodici o una tantum, attesi o concordati oppure comunicati dall'ente istituzionale che lo metterà in atto. Rientrano in questa ultima casistica quelli realizzati da parte delle forze di polizia, delle Procura e delle attività giudiziarie o amministrativo-contabili o da ANAC⁴⁵.

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

Gli esiti degli stessi devono essere trasmessi dalle strutture interessate almeno annualmente alla FPCT, tempestivamente se soggetti a obbligo di pubblicazione⁴⁶ da parte della stessa così come le eventuali azioni di miglioramento conseguenti.

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

La sintesi dei maggiori rilevamenti previsti all'interno del sistema di gestione del rischio corruttivo è presente nei paragrafi 8.2.14, 8.4 e 10 del PTPCT 2022⁴⁷.

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

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

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

⁴⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

⁴⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

⁴⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

L'applicativo prevede un primo monitoraggio estivo riferito al periodo 1.1 -30.06 a cui sono da aggiungersi eventuali valori o episodi registratisi tra il 1.11 e il 31.12 dell'anno precedente ed un secondo monitoraggio riferito al periodo 1.7-31.10.

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

La programmazione completa è contenuta nel PTPCT 2022 nella sezione finale⁴⁸.

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

Come si ricorda nella formazione tenuta dalla FPCT ed in particolare quella relativa al Codice di comportamento, il legislatore ha attribuito un ruolo di primo piano alla trasparenza affermando, tra l'altro, che essa concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di egualianza ed equità, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è anche da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione e concorrendo alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La metafora della "cucina a vista" che suggerisce, in quanto dipendenti pubblici, di lavorare sempre "come se fossimo visti e sentiti" e di usare la massima cautela anche al di fuori dell'orario e della sede di lavoro rispetto a informazioni, immagini e atteggiamenti che potrebbero ledere l'immagine dell'Azienda e del SSN riscuote sempre molto interesse.

I documenti pubblicati nell'area di Amministrazione Trasparente destinata alla Performance che riguardano gli aggiornamenti del Piano Pandemico aziendale ed i suoi monitoraggi periodici forniscono informazioni utili a leggere il contesto complessivo della realtà aziendale.

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

I Responsabili della trasmissione e i Responsabili della pubblicazione sono individuati nell'elenco allegato al PTPCT⁴⁹.

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

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

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

Solo un numero ridotto di Strutture e in pochi ambiti provvedono alla pubblicazione in autonomia dei propri dati (Amministrazione del Personale per quanto riguarda l'Area Bandi e Avvisi che è peraltro una delle tre aree con maggiori accessi al sito, i Consulenti e Collaboratori e i Tassi di assenza; Acquisti e Tecnico per quanto riguarda la sezione Bandi di Gara e Contratti, il Patrimonio e Attività Amministrative Trasversali per ciò che concerne i provvedimenti pubblicati sull'Albo pretorio delibere e determinate le

⁴⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

⁴⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

aree extra A.T. tra cui quella riferita alla Libera Professione, le Sponsorizzazioni, le Donazioni, l'URP ed il rapporto con le Associazioni ed il terzo settore).

In tutti gli altri casi provvede la FPCT.

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

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

Gli indicatori di monitoraggio rimarranno gli stessi degli anni precedenti:

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

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

La gestione delle richieste di accesso indirizzate all’Azienda è descritta in apposita procedura pubblicata⁵⁰ e la rendicontazione viene pubblicata a livello semestrale. Non sono mai pervenute richieste di accesso civico.

In seguito al pensionamento del RSC SID, nel 2021 è stato rinominato il Responsabile della Transizione Digitale⁵¹ il cui ruolo è stato ufficialmente fatto coincidere con il Responsabile dell’Accessibilità alla luce delle attività e delle responsabilità precise nelle ultime Linee Guida AGID. La FPCT sollecita alle scadenze previste il RTD all’effettuazione dei monitoraggi necessari alla compilazione della Dichiarazione di accessibilità secondo il modello AGID e con il coinvolgimento della ditta che gestisce il portale aziendale. L’utente può ricorrere al Difensore Civico per il Digitale tramite l’apposito riferimento presente sul modello di dichiarazione di accessibilità qualora, entro trenta giorni dalla notifica o dalla richiesta di informazioni di cui al paragrafo 7.3, il soggetto erogatore non risponda o fornisca una risposta insoddisfacente. Il Difensore Civico per il Digitale può disporre eventuali misure correttive informando di ciò l’Agenzia per l’Italia Digitale.

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

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

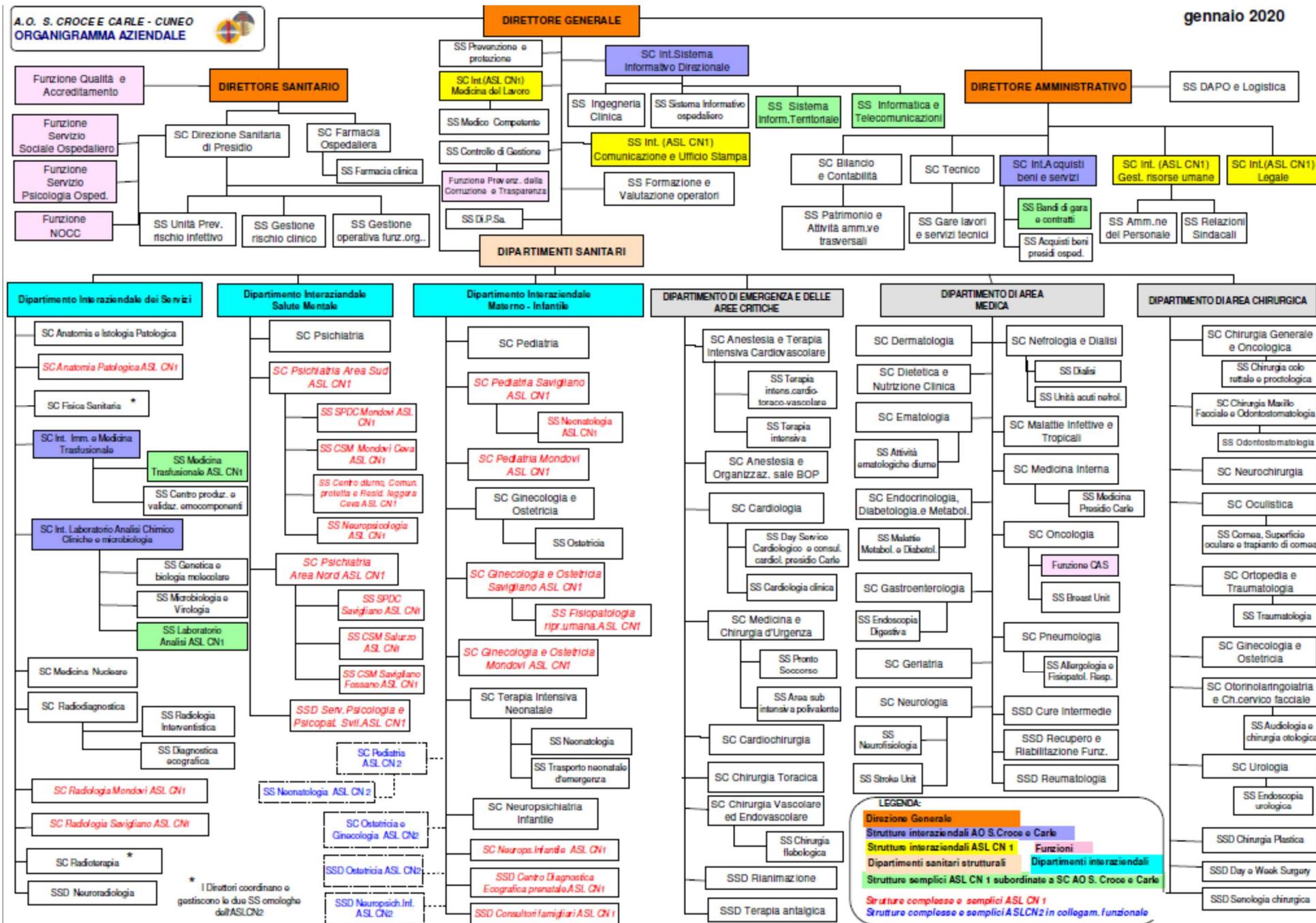
Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell’Azienda è illustrata nell’organigramma⁵² pubblicato nell’apposita area del portale (Figura 1).

⁵⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-accesso-civico/>

⁵¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accessibilita-e-catalogo-di-dati-metadati-e-banche-dati/>

⁵² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>



Il dettaglio dei dati riferiti al Personale anche rispetto alla composizione per genere, alle iniziative aziendali ed in collaborazione con l'esterno è presente nei documenti curati dal CUG⁵³.

I ruoli e le responsabilità sono definite nell'Atto Aziendale e nel Piano di organizzazione aziendale⁵⁴.

Il sistema delle responsabilità generale e di quanto più strettamente pertinente all'ambito della prevenzione della mancata integrità, *maladministration* ed efficienza dei processi non ha subito variazioni significative nel 2021, così come nella gestione del ciclo Performance mentre per quanto riguarda le strutture Amministrazione del Personale, Bilancio e Contabilità, Servizi Informativi Direzionali Interaziendale sono stati individuati nuovi responsabili.

Per quanto riguarda la rappresentazione dell'ampiezza delle unità organizzative al 31.12.2021 in termini di numero di dipendenti in servizio, al netto della precisazione che il personale di comparto ha un'assegnazione a livello dipartimentale, è la seguente.

Tabella n. 9: Numerosità personale dirigente nelle strutture cliniche al 31.12.2021

Strutture	Dirigenti in struttura compreso il Direttore/Responsabile
Allergologia e Fisiopatologia Respiratoria	1
Anatomia e Istologia Patologica	6
Anestesia e Organizzazione Sale Operatorie Bop	30
Anestesia e Terapia Intensiva Cardiovascolare	16
Cardiochirurgia	7
Cardiologia	20
Chirurgia Generale e Oncologica	14
Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	4
Chirurgia Plastica	2
Chirurgia Toracica	5
Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	8
Dermatologia	3
Dietetica e Nutrizione Clinica	2
Ematologia	12
Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo	6
Farmacia Ospedaliera	8
Fisica Sanitaria	5

⁵³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

⁵⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/Piano_di_organizzazione.pdf

Strutture	Dirigenti in struttura compreso il Direttore/Responsabile
Gastroenterologia	9
Geriatria	10
Ginecologia e Ostetricia	15
Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	6
Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia	14
Malattie Infettive e Tropicali	7
Medicina Interna	15
Medicina Nucleare	12
Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso	29
Nefrologia e Dialisi	10
Neurochirurgia	7
Neurologia	9
Neuropsichiatria Infantile	2
Neuroradiologia	4
Oculistica	8
Oncologia	10
Ortopedia e Traumatologia	12
Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale	5
Pediatria	10
Pneumologia	7
Psichiatria	4
Radiodiagnostica	20
Radioterapia	6
Recupero e Riabilitazione Funzionale	0
Reumatologia	3
Rianimazione	18
Terapia Intensiva Neonatale	9
Urologia	8

Strutture	Dirigenti in struttura compreso il Direttore/Responsabile
TOTALE	418

Tabella n. 10: Numerosità personale dirigente nelle strutture in staff, tecnico e amministrative al 31.12.2021

Dipartimento	Struttura		Numero Dirigenti
IN STAFF AL DIRETTORE GENERALE	SSA	Prevenzione Protezione	1
	SC	Sistema Informativo Direzionale (S.I.D.)	1
	SS	Ingegneria Clinica	2
	SS	Di.P.Sa.	1
IN staff AL DIRETTORE SANITARIO	SC	Farmacia	8
IN STAFF al DIRETTORE AMMINISTRATIVO	SC	Bilancio e Contabilità	1
	SS	Patrimonio e attività amministrative trasversali	1
	SC	Acquisti Beni e Servizi	1
	SC	Tecnico	3
	SS	Gare lavori e servizi tecnici	1
	SSA	Amministrazione del Personale	1
	SSA	DAPO e Logistica	1
	SS	Controllo di gestione	2
	SS	FVO	1
	SC	Legale	1
INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	SC	Fisica Sanitaria	6
	SC Interaziendale	Laboratorio Analisi	15
	SS	Centro produzione e validazione emoclassificatori	8

Tabella n. 11: Numerosità personale di comparto e ripartizione aziendale al 31.12.2021

Ripartizione macro	N°
DIRETTORE GENERALE - STAFF DI SUPPORTO	415
DIRETTORE AMMINISTRATIVO - STAFF DI SUPPORTO	164
DIRETTORE SANITARIO - STAFF DI SUPPORTO	77
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	254
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE SALUTE MENTALE	25
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE	158
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-AREE CRITICHE	443
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA	189
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA	115

Molti incarichi dirigenziali non relativi alla Direzione delle Strutture e alcuni ruoli specificamente coinvolti dai processi trasversali all’Azienda sono ancora in attesa di ri-assegnazione, al termine delle procedure di valutazione previste e descritte nel SiMiVaP⁵⁵.

Gli incarichi di Struttura Complessa e Semplice sono visibili nell’apposita area del portale aziendale in Amministrazione Trasparente⁵⁶.

Per quanto attiene agli incarichi professionali di cui all’art.27, c.1, lett.c), CCNL 08/06/2000, (Tabella n. 12) è in vigore la tripartizione di carattere generale in:

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

che trovava al 31.12.2021 la seguente applicazione in Azienda:

Tipologia incarico dirigenziale	Numerosità
Incarico dirigenziale ES I - MED	7
Incarico dirigenziale ES II - MED	14
Incarico dirigenziale ES II - PTA	1
Incarico dirigenziale SRA I - MED	20
Incarico dirigenziale SRA I - SNM	1
Incarico dirigenziale SRA II - MED	21
Incarico dirigenziale SRA III - MED	36
Incarico dirigenziale SRA III - SNM	1
Incarico dirigenziale SRA IV - MED	52
Incarico dirigenziale SRD I - MED	51

⁵⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

⁵⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/titolari_di_incarichi_dirigenziali/

Tipologia incarico dirigenziale	Numerosità
Incarico dirigenziale SRD I - SNM	1
Incarico dirigenziale SRD II - MED	36
Incarico dirigenziale SRD II - PTA	1
Incarico dirigenziale SRD II - SNM	9
Incarico dirigenziale SRD III - PTA	2
Incarico dirigenziale SRD III - SMN	5

Nel corso del 2022 verranno rivisti un numero consistente di incarichi (obiettivo n. 120) e termineranno le assegnazioni delle ex posizioni organizzative ora denominate Incarichi di funzione per il comparto⁵⁷.

Tabella n.13: Posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali, ripartite per genere, per valori assoluti e percentuali al 31.12.2021.

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Comparto - sanitario posizione	17	58,62%	57	81,43%	74	74,75%
Comparto -tecnico/prof posizione	9	31,03%	1	1,43%	10	10,10%
Comparto -amm.vo posizione	3	10,34%	12	17,14%	15	15,15%
Totale personale	29	100,00%	70	100,00%	99	100,00%
% sul personale complessivo	1,24%		3,00%		8,48%	

Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile

La particolare situazione venutasi a delineare con l'emergenza Covid 19 ha reso necessario adottare misure che da un lato salvaguardassero la salute dei dipendenti anche considerando la possibilità di ridurre al minimo il numero di persone fisicamente presenti nelle postazioni lavorative abituali, favorendo il distanziamento sociale ma continuando a garantire la maggior operatività possibile ai diversi livelli.

In corrispondenza con la normativa emergenziale emanata a livello nazionale, l'Azienda ha provveduto a consentire il lavoro da remoto per una parte di operatori dedicati ad attività tecniche ed amministrative, secondo una procedura autorizzativa interna e le conseguenti abilitazioni per l'accesso alle cartelle di lavoro dall'esterno. Tra il 2020 e il 2021, con proroghe successive fino al 15 ottobre 2021 è stato consentito agli autorizzati il lavoro dal proprio domicilio. Con lettera prot. 35475 la Direzione Generale ha comunicato a tutto il personale come, in applicazione dell'art. 1, Decreto

⁵⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/posizioni-organizzative/>

del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24/09/2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa sarebbe stata unicamente quella in presenza. Le autorizzazioni al lavoro agile nel tempo concesse sono state revocate e le correlate procedure telematiche per la timbratura da remoto sono state disabilitate.

Tabella n. 14: Numero dipendenti del comparto che hanno mantenuto l'autorizzazione a lavorare in smart working nel 2021 fino al 15 luglio

	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Numero dipendenti del comparto che hanno ottenuto l'autorizzazione a lavorare in smart working/ n. dipendenti del comparto che hanno richiesto di lavorare in s.w.	25/25	100	87/87	100	112/112	100
Numero dirigenti che hanno ottenuto l'autorizzazione a lavorare in smart working/ n. dipendenti dirigenti che hanno richiesto di lavorare in s.w.	3/3	100	3/3	100	6/6	100

Per i lavoratori c.d. “fragili”, invece, in applicazione della disciplina di cui all’art. 26, c.2- bis, D.L. n. 18/2020 e s.m.i., è rimasta la possibilità di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile sino al 31 dicembre 2021. Ne ha usufruito 1 dipendente titolare di Legge 104.

Con il permanere delle lezioni in DAD, spesso comunicate dalle scuole anche in orario serale, alcune dipendenti hanno richiesto di poter considerare il ricorso al lavoro da casa per accudire i figli ma potendo svolgere il lavoro d’ufficio. L’Azienda ha scelto di mantenere la possibilità di far usufruire di apposito permesso di congedo parentale straordinario ex art. 9, d.l. 146/2021 con retribuzione 50% per figli minori di 14 anni, senza retribuzione per figli fra 14 e 16 anni (mod. C19/P).

Non è stato realizzato puntualmente quanto previsto nel 2020 dal POLA inserito nel Piano Performance 2021; si proseguirà, 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.

Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale

Rappresentazione della consistenza del personale al 31.12.2021

Il personale dipendente al 31.12.2021 risultava essere di 2336 unità (23 in più dell'anno precedente), di cui 496 appartenenti all'area dirigenziale complessiva (circa 21 %) e 1844 all'area complessiva del comparto (circa 79%), distribuzione analoga a quella dello scorso anno.

Tabella n. 15: Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2021

Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60
Tot. 2.336										
Dirigenza medica SC			3	10	11			1	1	2
Dirigenza medica SS			2	11	11			3	7	1
Dirigenza medica	2	68	53	47	20	3	83	64	37	8
Dirigenza sanitaria SC			1		1			1		
Dirigenza sanitaria SS					1				1	
Dirigenza sanitaria	1	2	3	2		1	5	10	5	
Dirigenza PTA - SC										1
Dirigenza PTA - SS			1	1	2			1	2	
Dirigenza PTA			1	2	1			2		
Comparto - sanitario posizione		3	5	7	2		11	15	30	1
Comparto - tecnico/prof posizione				8	1			1		
Comparto - amm.vo posizione			1	2				2	10	
Comparto - sanitario	27	71	61	46	3	129	254	349	362	15
Comparto - tecnico/prof.	5	19	42	43	7	4	14	49	80	22
Comparto - amministrativo	1	1	5	8	3	6	9	22	73	11
Totale	36	164	178	187	63	143	376	520	608	61

Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60
Tot. 2.336										
% sul personale complessivo	1,54 %	7,02 %	7,62 %	8,01 %	2,70 %	6,12 %	16,10 %	22,26 %	26,03 %	2,61 %

Tabella n.16: Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale (campo di analisi: tempo determinato), suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2021

di cui a tempo determinato										
Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60
Dirigenza medica	1	5				3	4			
Dirigenza sanitaria										
Dirigenza pta									1	
Comparto - sanitario	1					13	5	6		
Comparto - tecnico/prof.		1	2	1			1	3	2	
Comparto - amministrativo	1			2		4	7	2	2	
Totale	3	6	2	3	0	20	17	11	5	0
% sul personale complessivo	4,48 %	8,96 %	2,99 %	4,48 %	0,00 %	29,85 %	25,37 %	16,42 %	7,46 %	0,00 %

Tabella n.17: Personale dipendente per tipo di presenza, per genere e per fasce di età al 31.12.2021⁵⁸.

Tipo presenza	UOMINI					DONNE				
	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60
Tot. 2336										
Tempo Pieno	35	162	172	182	63	139	330	375	416	49
1923										
Part-time >50%	1	4	4	3		4	45	132	173	9
375										
Part-time < = 50%			1	2			1	13	21	
38										
Totale	36	166	177	187	63	143	376	520	610	58
2336										
Totale %	1,54 %	7,11 %	7,58 %	8,01 %	2,70 %	6,12 %	16,10 %	22,26 %	26,11 %	2,48 %

Tabella n.18:: Anzianità personale dipendente non dirigenziale area comparto, per genere e per fasce di età al 31.12.2021

	UOMINI					DONNE				
	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60
Inferiore a 3 anni = 344	31	35	25	10	1	124	74	29	15	
Tra 3 e 5 anni = 67	15	27	4	1	1	2	12	4		
Tra 5 e 10 anni = 103		14	8	3	1		39	18	16	4
Superiore a 10 anni = 1329		35	77	101	14		147	387	524	44
Totale	46	111	114	115	17	126	272	438	555	48
Totale %	2,50 %	6,03 %	6,19 %	6,24 %	0,92 %	6,84 %	14,77 %	23,78 %	30,13 %	2,61 %

⁵⁸ la modalità di rappresentazione dei dati è quella individuata da Ragioneria Generale dello Stato e che si trova al link <https://www.contoannuale.mef.gov.it/struttura-personale/occupazione>

Tabella n.19: Anzianità personale dipendente area dirigenziale, per genere e per fasce di età al 31.12.2021

	UOMINI					DONNE				
	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60	< = 30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	> 60
inferiore a 3 anni = 162	3	57	10	6	1	4	61	15	4	1
Tra 3 e 5 anni = 40		10	5	2	4		11	7	1	
Tra 5 e 10 anni = 41		4	7	1	1		15	12		1
Superiore a 10 anni = 251			41	64	41		1	48	49	7
Totale	3	71	63	73	47	4	88	82	54	9
Totale %	0,61 %	14,37 %	12,75 %	14,78 %	9,51 %	0,81 %	17,81 %	16,60 %	10,93 %	1,82 %

Inoltre, per una corretta rappresentazione del grado di assorbimento delle risorse connesse con le attività oggetto del Ciclo di Gestione della Performance, è opportuno tenere conto anche del personale non dipendente che opera presso l’Azienda, sulla base di incarichi di consulenza, convenzioni e comandi. I dati sono presenti nell’apposita area di Amministrazione Trasparente⁵⁹ ed i costi relativi alle collaborazioni e incarichi libero-professionali sono visibili alla voce di Bilancio “B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato”.

Programmazione strategica delle risorse umane.

Con delibera n. 379-2021 del 12/08/2021 è stato adottato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) - Triennio 2020 – 2022, allo scopo di ottimizzare l’impiego delle risorse e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell’articolo 6-ter del Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii.

E’ stato successivamente proposto il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) – Triennio 2021 – 2023, attualmente in corso di approvazione regionale.

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

- capacità assunzionale, calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
- stima del trend delle cessazioni, sulla base ad esempio dei pensionamenti;
- stima dell’evoluzione dei bisogni, in funzione di scelte legate, all’eventuale digitalizzazione o esternalizzazione di processi o loro parti, ma soprattutto delle modifiche conseguenti a variazioni di Atto Aziendale e funzionigramma e di attività/servizi che richiedono una discontinuità nel profilo delle risorse umane in termini di profili di competenze e/o quantitativi.

⁵⁹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/consulenti_e_collegi/

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

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

Le stabilizzazioni vengono valutate in corso di applicazione della cd Legge di Stabilità 2022 ed in relazione alle indicazioni da parte della Regione, conseguenti alla contrattazione sindacale sovra aziendale.

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

Formazione del personale

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

Le attività formative, che per inciso devono armonizzarsi con l'ordinario svolgimento delle attività di servizio, consistono in: - iniziative formative organizzate all'interno dell'Azienda (formazione in sede, oggetto del presente Piano Formativo); iniziative formative organizzate da soggetti esterni all'Azienda (formazione fuori sede), che ne autorizza la partecipazione con oneri a proprio carico nella misura in cui ciò si configuri come investimento istituzionale; invio in comando finalizzato presso altre strutture, allo scopo di compiere studi speciali o acquisire competenze specifiche abbiano una ricaduta positiva sulla performance della struttura di appartenenza e/o dell'azienda in generale; consultazione / studio di testi, riviste ed altre risorse documentali e bibliografiche nonché di supporti audio-visivi ed informatici.

L'esperienza sin qui maturata dall'Azienda indirizza fortemente a ricercare sempre maggiore coerenza con le reali esigenze degli operatori e dell'organizzazione, per evitare che un momento di crescita così importante come quello formativo sia troppo lontano dalla realtà operativa e, soprattutto, non abbia ricadute positive sulle prestazioni nei confronti degli utenti.

Le attuali e storiche regole aziendali prevedono un'analisi dei bisogni formativi effettuata a livello di dipartimenti sanitari precedente alla discussione dei budget.

Nelle more degli accordi che dovranno essere sottoscritti con le OO.SS. in merito alla destinazione dei fondi contrattuali per l'anno in corso, si è definito in via provvisoria l'importo del Fondo per l'aggiornamento aziendale per l'anno 2022 di entità non inferiore a quella del Fondo 2021, ovvero di €. 600.000,00 complessivi (di cui € 350.000 per aggiornamento esterno), tendenzialmente destinando ai dipendenti afferenti alle diverse aree contrattuali una quota proporzionale all'entità del rispettivo monte salari.

Le regole per usufruire della formazione interna e sponsorizzata sono messe a conoscenza dei dipendenti e monitorati dalla Struttura FVO. La partecipazione dei dipendenti alla formazione interna

ed esterna con riconoscimento del monte ore e delle relative spese è subordinata alla cascata autorizzativa evidente nella modulistica recentemente semplificata. Ogni Dipartimento e ogni Struttura mette in atto criteri propri nell'individuare i dipendenti rispetto alla partecipazione.

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

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

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

La formazione obbligatoria viene inserita annualmente nel PFA (Piano Formativo Aziendale) allegato.

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

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

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

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

È sede dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in Infermieristica, in Tecniche di Laboratorio Biomedico e in Tecniche di Radiologia per Immagini e Radioterapia afferenti alla Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino⁶⁰.

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

⁶⁰ www.unito.it

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

- la valutazione ed il controllo strategico (Direzione Aziendale);
- la valutazione ed il controllo della gestione (S.S. Controllo di Gestione);
- il controllo e la regolarità amministrativo-contabile (Direzione Amministrativa, S.C. Bilancio e Contabilità, Collegio Sindacale⁶¹);
- la valutazione del personale (S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori).

Il modello organizzativo dell’Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle è basato sulla distinzione tra potere di indirizzo, programmazione e controllo e quello di attuazione gestionale⁶².

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

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

Il raggiungimento degli obiettivi (di mandato, del Direttore Generale, di budget) viene monitorato costantemente dal momento dell’assegnazione, attribuendo a specifici soggetti la funzione di verifica periodica dell’andamento rispetto all’atteso. Questa modalità consente da un lato di poter mettere in atto azioni correttive e di miglioramento qualora il risultato intermedio non fosse soddisfacente, dall’altra di incrementare il livello di *compliance* dei Responsabili e la percentuale di raggiungimento degli obiettivi. Il funzionamento del processo è descritto nel Piano Performance⁶³ e rendicontato nella Relazione sulla Performance⁶⁴, entrambe validate dall’OIV; nel caso degli obiettivi del Direttore

⁶¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

⁶² Del. 92 del 9.03.2017 -Regolamentazione Interna – Adozione Atti e Provvedimenti dei Responsabili delle Strutture Aziendali – Provvedimenti Conseguenti alla Deliberazione N. 611 Del 22.10.2015 – Seconda Revisione.

⁶³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance/>

⁶⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance/>

Generale, l'autovalutazione degli stessi viene presentata alla Conferenza dei Sindaci prima di essere sottoposta alla Regione.

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

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

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

Il monitoraggio più completo è contenuto nella Relazione sulla Performance che, al momento della stesura di questo documento e in riferimento allo sviluppo del PIAO, prevede di considerare questa cascata di obiettivi (Tabella n.20):

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE	OBIETTIVO MACRO	SUB OBIETTIVI
PERFORMANCE	Mantenimento equilibrio economico finanziario	obiettivi assegnati con budget (es. 1, 102, 108, 27)
	Governo tempi di attesa ambulatoriali- di servizi, interventi chirurgici, screening	obiettivi assegnati con budget (es. 4,6,9,12,13,14, 18,21,23,26,31, 38,43,47,48,50,55,67,72,73,82,91,93,100)
	Migliorare l'appropriatezza a tutti i livelli (clinico, organizzativo, comunicativa) e digitalizzazione	obiettivi assegnati con budget (es. 6,7,11,18,20,22,23,24,28,28,31,32,38,45,46,62,64,66,68,71,79,80,83,85,87,98,139) progetti PSDTA
	Migliorare i flussi informativi	obiettivi assegnati con budget (es. 8,113,114,115,116,126,134,140) Progetti
	Incentivazione trasparenza e	obiettivi assegnati con budget

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE	OBIETTIVO MACRO	SUB OBIETTIVI
	Gestione del rischio	(es. 2, 113, 133, 107, 121, 122, 138, 110, 118, 63, 62, 96, 120, 141, 143, 148) misure nel PTPCT Piano Rischio Clinico Piano Qualità Piano di comunicazione Piano Pandemico Azioni DPO Azioni RTD/RA
PTPCT	Riordino e semplificazione	regolamenti controlli intranet
	Monitoraggi	riesame controlli e integrazioni informazioni
	Partecipazione di tutti i dipendenti alla gestione del sistema	diffusione informazioni formazione al Codice di comportamento e ai disciplinari esemplificazioni concrete
	Reingegnerizzazione processi	miglioramento interno tempi e procedure di gara riesame sistema documentale (protocollo e archiviazione) processi di gestione
PAP	Ricostituzione CUG	ampliamento contatto con i dipendenti formalizzazione collaborazioni con le reti raccolta e analisi dei dati
	Valorizzazione del personale	obiettivi assegnati con budget (es. 120, 148, 132)
	Suddivisione carichi di lavoro e garanzia di passaggio di consegne e competenze	obiettivi assegnati con budget (es. 103, 146)

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE	OBIETTIVO MACRO	SUB OBIETTIVI
	Inserimento efficiente dei neoassunti	
Lavoro agile	Individuazione schema di funzionamento	predisposizione da parte dell'AO di una proposta di mappatura-individuazione soggetti-modalità di funzionamento e monitoraggio; contrattazione OO-SS
Stakeholders	Ripresa e documentazione dei confronti sia a livello di pianificazione che di verifica	

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

Nel 2022 è previsto il riesame del sistema di valutazione descritto nel SiMiVaP (obtv. n. 148).

Nella Relazione SiMiVaP⁶⁵ si focalizzano maggiormente rispetto a quanto già rendicontato nella Relazione sulla Performance i dati connessi alla valutazione del personale secondo quanto previsto nel SiMiVaP⁶⁶.

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

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

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

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

⁶⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1041>

⁶⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

Tabella n. 21: Monitoraggi previsti in Azienda nel 2022 e documenti di rendicontazione

DOCUMENTO PROGRAMMAZIONE	DI	DOCUMENTO RENDICONTAZIONE	DI	RESPONSABILE
Piano Performance: entro 31.01		Relazione Performance: entro 30.06		Responsabile Controllo di Gestione
PTPCT entro 31.01		Relazione ANAC annuale		RPCT
Accessi (procedure aziendali)		Registro accessi: semestrale; PTPCT: annuale		RPCT
Piano di fabbisogno del personale: annuale		Monitoraggio annuale in vista della stesura del Piano successivo		Responsabile Amministrazione del Personale
PAP CUG (Piano di Azioni Positive): entro 31.01		Relazione attività del CUG: entro 30.03		Presidente CUG
Bilanci: scadenze varie: Bilanci trimestrali; Bilancio preventivo: 31.12.2021		Bilancio Consuntivo 2021 Relazione di Bilancio: entro 30.06.2022		Responsabile Bilancio e Contabilità
PFA: annuale		Relazione attuazione formazione: annuale		Responsabile FVO
SiMiVaP: riesame annuale		Relazione SiMiVaP: annuale		Responsabile FVO
Segnalazioni presso URP (procedura)		Report segnalazioni gestite dall'URP: semestrale		Responsabile PAAT
Indagine di soddisfazione aziendale		Report indagine di soddisfazione		Responsabile PAAT
Impegni dichiarati nella Carta dei Servizi		Relazione Performance:		Responsabile PAAT

DOCUMENTO PROGRAMMAZIONE	DI	DOCUMENTO RENDICONTAZIONE	DI	RESPONSABILE
		annuale		
Piano di comunicazione: annuale entro 31.01		Relazione CUG: annuale		Responsabile SSI Comunicazione e ufficio stampa
Bilancio Sociale: biennale		Bilancio Sociale: biennale		Responsabile SSI Comunicazione e ufficio stampa
Programma Attività Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione della Funzione Risk Management e UGRC: annuale		Relazione Rischio Clinico: annuale		Responsabile Rischio Clinico
Piano Qualità: annuale		Riesame Qualità: annuale		FQA/DSP

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

RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI

- Articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113
- 2 dicembre 2021: parere Conferenza Unificata e Schema tipo
- 29 dicembre 2021: DL 228/2021 Milleproroghe, approvazione da parte del Consiglio dei Ministri, il Decreto del Presidente della Repubblica che individua e abroga gli adempimenti relativi ai piani, diversi da quelli economico-finanziari, che saranno assorbiti dal PIAO
- 25 febbraio 2022: il comma 6-bis dell'articolo 6, introdotto dal Decreto Milleproroghe convertito in Legge spostamento del termine di adozione del PIAO dal 31 gennaio 2022 al 30 aprile 2022
- 30 aprile 2022: Decreto Legge, n. 36 cd PNRR 2 spostamento al 30 giugno 2022 della scadenza per la redazione del primo PIAO (salvo diversa indicazione da parte della Regione)
- Comunicato del Presidente ANAC datato 2 maggio 2022, concede alle amministrazioni tenute alla adozione del PIAO che non abbiano ancora approvato il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024, di deliberare la proroga della durata del Piano di Prevenzione della Corruzione 2021/2023, qualora ritengano le previsioni contenute ancora attuali ed efficaci, anche tenuto conto dell'eventuale impegno in progetti legati all'attuazione del PNRR.

ALLEGATI

- Terminologia, acronimi e sigle reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance>
- Piano Performance 2021-2024: attualizzazione 2022 reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance/>
- Sintesi obiettivi assegnati nell'annualità di budget 2022 reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance/>
- PTPCT 2021-2024: attualizzazione 2022 reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>
- Programma iniziative AO relative a benessere e contrasto alle discriminazioni. Periodo di riferimento: 2021-2024: contestualizzazione 2022. (PAP CUG): reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>;
- PFA 2022 reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generali/atti-generali/atti-amministrativi-general/>
- Piano di fabbisogno del Personale
- Bilancio di previsione reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=945>
- Piano di comunicazione 2021-2023: anno 2022 reperibile al link <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=6>
- Simivap 2018-2021: attualizzazione 2021, confermato anche per il 2022

LISTA DI DISTRIBUZIONE

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