

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. 35-2020 DEL 22/01/2020

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2018-2021 – SPECIFICHE 2020.

In data 22/01/2020 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 – dott. Corrado Bedogni

(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 19-6938 del 29 maggio 2018)

Su proposta del Responsabile della S.S. Controllo di Gestione;

- Premesso che, ai sensi dell'articolo 10 del Decreto Legislativo 27.10.2009, n.150 e ss.mm.ii, le Amministrazioni Pubbliche redigono annualmente un documento programmatico triennale, denominato Piano della performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;

- Atteso che il citato documento individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

- In applicazione delle disposizioni di cui al citato D.L.vo n.150/2009 e ss.mm.ii, alla delibera CIVIT n.112/2010, alla delibera ANAC n.6/2013, alle Linee Guida 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Richiamata la D.G.R. Piemonte n. 25-6944 del 23.12.2013;
- Acquisito il parere favorevole dell'Organismo Indipendente di Valutazione, come da documentazione archiviata presso la S.S. Controllo di Gestione;
- Provvedendo, tramite la S.S. Controllo di Gestione, alle modifiche ed integrazioni necessarie alla progressiva definizione di quanto contenuto nel presente Piano Triennale di Performance 2018-2021, nonché alla progressiva attuazione tramite pubblicazione in tempo reale degli allegati previsti;
- Tenuto conto che l'articolo 10, comma 8, lettera b), del Decreto Legislativo 14.03.2013, n.33 e ss.mm.ii, prevede l'obbligo di pubblicare il Piano della Performance nella sezione <<Amministrazione Trasparente-Performance>> del sito aziendale;
- Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo ai sensi dell'art. 3, comma 1 quinquies del decreto leg.vo 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;

ADOPTA LA SEGUENTE DELIBERAZIONE:

- 1) di approvare l'aggiornamento del Piano Triennale di Performance 2018-2021. Specifiche anno 2020 di questa Azienda Ospedaliera, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 2) di pubblicare il "Piano Triennale di Performance 2018-2021. Specifiche anno 2020" sopra descritto sul sito internet aziendale - sezione <<Amministrazione Trasparente-Performance -Piano Performance>> al fine di darne la più ampia diffusione;
- 3) di provvedere, tramite la S.S. Controllo di Gestione, alle modifiche ed integrazioni necessarie al presente "Piano Triennale di Performance 2018-2021. Specifiche anno 2020", nonché alla progressiva attuazione tramite pubblicazione in tempo reale degli allegati previsti;
- 4) di dare atto che dall'approvazione della presente deliberazione non derivano oneri di spesa;

- 5) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile, stante l'urgenza di provvedere in merito.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Corrado BEDOGNI

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Lorenzo CALCAGNO

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Monica REBORA

Regione Piemonte  AO S. Croce e Carle - Cuneo	Piano di Performance triennio 2018-2021. Specifiche anno 2020.	Data di emissione: 17.01.2020 Rev. 0
<i>Stesura</i> Guano Gianluigi Somale Nadia	<i>Verifica e approvazione</i> Direttore Generale Bedogni Corrado	<i>Emissione e pubblicazione</i> Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

INDICE

1	PREMESSA	2
2	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	4
3	LA PRESENTAZIONE DELL'AO S.CROCE E CARLE DI CUNEO	7
3.1	Mandato istituzionale e Missione.....	7
3.2	Chi siamo.....	7
3.3	Cosa facciamo.....	8
3.4	Organizzazione.....	30
3.5	Personale.....	33
3.6	La gestione del bilancio.....	35
3.7	Come operiamo	39
4	LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE	40
5	LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE	51
6	DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	64
6.1	Fasi, soggetti coinvolti e tempi del processo di redazione del Piano	64
6.2	Coerenza con altri processi e documenti.....	65
6.3	Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della Performance	67
7	LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	67
8	RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI.....	67
9	ALLEGATI.....	68

1 PREMESSA

Finalità e obiettivi del documento

Il Piano della performance è un documento programmatico (adottato ai sensi del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e ss.mm.ii) attraverso il quale, nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale, regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli indirizzi, gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e sono definiti, con riferimento alle risorse assegnate, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dei vari livelli organizzativi in cui si articola l'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, in particolare la Direzione Generale:

- a. definisce l'organigramma delle responsabilità attraverso la gerarchia descritta nell'Atto aziendale;
- b. recepisce gli indirizzi della Regione emanati attraverso la Delibera di definizione degli obiettivi annuali e le direttive specifiche provenienti dall'Assessorato;
- c. ottiene dalla Regione le risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda;
- d. definisce le linee strategiche e gli indirizzi aziendali;
- e. concorda gli obiettivi operativi per le singole articolazioni organizzative dell'azienda, coerentemente alle linee strategiche definite;
- f. prosegue nel monitoraggio e controllo costante del grado di avanzamento delle attività finalizzate al conseguimento degli obiettivi assegnati;
- g. procede alla misurazione e alla verifica dei risultati raggiunti.

Il Piano ha lo scopo principale di assicurare la qualità della rappresentazione della *performance* dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi. Questo consente la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi.

La seconda finalità del Piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire.

La terza finalità del Piano è relativa all'attendibilità della rappresentazione della performance che è tale solo se è verificabile ex post la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

La definizione del Piano e la successiva declinazione degli indirizzi e obiettivi strategici sono integrate con il processo di programmazione economico finanziaria e di bilancio, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e con la Pianificazione CUG.

Il presente documento viene redatto secondo le LG 1/2017¹ emesse dalla Funzione Pubblica che non sono al momento specifiche per la Sanità ma che contengono indicazioni metodologiche di carattere generale e, quindi, applicabili anche alle altre amministrazioni dello Stato², nelle more dell'adozione delle specifiche linee guida.

¹ https://www.performance.gov.it/system/files/LG-Piano%20della%20performance-giugno%202017_0.pdf

² parziale modifica del d.lgs. 150/2009, in attuazione di quanto previsto all'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 124/2015: alcune delle modifiche apportate dal recente decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 introducono rilevanti novità. Qualora le indicazioni qui riportate dovessero essere in contrasto con quelle di altre delibere CIVIT/ANAC le presenti linee guida debbono ritenersi prevalenti.

In coerenza con le modifiche apportate al D.lgs. 150/2009 dal recente D.lgs.74/20171, sono stati individuati alcuni punti di attenzione che non sempre però trovano possibile estrinsecazione nelle modalità di lavoro dell'AO:

- il riallineamento temporale del ciclo della *performance* con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e con quello di programmazione strategica non dipende dalla volontà della singola amministrazione ma da elementi sovraordinati;
- la maggiore attenzione al livello “alto” della pianificazione e alla centralità della *performance* organizzativa facendo riferimento ai risultati attesi dell'organizzazione nel suo complesso;
- la visibilità dei risultati conseguiti nell'anno/i precedente/i mediante l'inserimento degli ultimi dati resi disponibili dai sistemi di monitoraggio in uso nei singoli essendo il Piano uno strumento di pianificazione e programmazione, è necessario conoscere il punto di partenza, tenendo conto dei risultati ottenuti nel passato;
- la flessibilità sul grado di copertura del Piano, cercando una mediazione tra la completezza dei dati presentati e la leggibilità della sostanza del Piano. Per fare questo si è provveduto ad una versione abbreviata del documento stesso che funge anche da indice guidato alla versione completa.

Questo Piano cerca di concentrarsi sugli obiettivi dell'amministrazione (c.d. “obiettivi specifici”) legati alla *performance* organizzativa per il triennio che si estende fino al 2021 e dalla quale conseguono obiettivi ai fini della valutazione della *performance* individuale così come previsto dal Sistema di misurazione e valutazione della *performance* dell'amministrazione stessa.

Arco temporale

Il Piano di Performance è un documento stilato su un arco temporale triennale. Alla luce della conferma della stessa Direzione aziendale già coinvolta nella programmazione precedente, coerentemente con quanto avviene per il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, si sceglie come triennio di riferimento quello corrispondente al mandato dell'attuale Direzione aziendale: 2018-2021, con attualizzazione annuale.

Come previsto dalla normativa, il Piano della performance è modificabile in qualsiasi momento dell'anno qualora intercorressero variazioni significative in relazione a:

- a. obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale;
- b. cambiamenti del contesto interno ed esterno di riferimento;
- c. modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria (Atto Aziendale)
- d. eventi di particolare rilievo che richiedano misure drastiche a livello aziendale (es. in riferimento all'ambito del rischio clinico o del rischio corruttivo).

Vista la necessità di programmazione all'interno dell'AO, in maniera da ottimizzare i processi di lavoro di tutte le strutture e di garantire la corretta applicazione degli istituti economici connessi agli obiettivi per i singoli dipendenti, si procede con l'aggiornamento riferito all'anno 2020. Il presente documento si struttura pertanto di un corpo generale e viene implementato in tempo reale attraverso gli allegati che ne danno piena attuazione.

Principi di riferimento

Il presente piano viene redatto in un'ottica di massima trasparenza all'interno dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo e di tutta l'utenza. L'evidenza di attuazione di tale principio è data dalla presenza sul sito *internet*³ dal coinvolgimento degli stakeholders più significativi in termini di influenza e dalla presentazione a tutti gli stakeholders⁴, anche in rispondenza a quanto previsto dalle Linee Guida n.4 emanate dal DFP⁵.

Nel rispetto del principio di immediata intelligibilità il presente documento rimanda a documenti specifici facilmente reperibili sul sito web aziendale con l'obiettivo di essere funzionale agli “addetti ai lavori” ma comprensibile anche all'utente comune.

³ articolo 11 comma 8, del decreto 150/2009 e ss.mm.ii

⁴ articolo 11, comma 6, del decreto 150/2009 e ss.mm.ii

⁵ https://performance.gov.it/system/files/LineeGuidaeRifNorm/LG_Valutazione_partecipativa_28-11.pdf

Con l'avanzamento progressivo delle tappe previste per l'attuazione del Piano di Performance verranno pubblicati tutti i documenti necessari a dare la maggior evidenza possibile di quanto posto in essere. Si è provveduto contestualmente ad una versione abbreviata del documento stesso che funge anche da indice guidato alla versione completa.

Per qualsiasi chiarimento è possibile far riferimento al Responsabile della S.S.Controllo di Gestione ed alla referente aziendale per la Trasparenza.

Per rispondere al principio di veridicità e verificabilità i contenuti del Piano devono corrispondere alla realtà e per ogni indicatore deve essere indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori devono essere tracciabili.

I documenti di lavoro vengono archiviati nelle cartelle in rete della S.S. Controllo di Gestione. L'evidenza del rispetto del principio di partecipazione è data dalle riunioni di programmazione e di definizione del budget (cfr calendario incontri di budget che verrà allegato in tempo reale), nonché dalle sedute di preparazione con gli staff e degli eventuali specifici stakeholders coinvolti sia nelle fasi di preparazione che in quelle di restituzione.

I contenuti del Piano devono essere coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto del principio della coerenza rende il Piano attuabile. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni ed alle attese dei portatori di interesse: le linee di indirizzo concordate con la Regione ed in sede di Conferenza dei Sindaci attestano questa attenzione. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani operativi alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili.

Il rispetto del principio di orizzonte temporale che usa come riferimento il triennio (in questo caso 2018-2021) è attestato dalla concatenazione tra i documenti pubblicati. L'attualizzazione annuale risponde all'esigenza di puntualizzare e rende più comprensibili gli step annuali. Permane la problematicità della non coincidenza tra il timing previsto dalla normativa, il timing regionale per l'assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale e le esigenze aziendali.

2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il nuovo testo del D.lgs. 150/2009 introduce le categorie degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici. Per tentare una contestualizzazione tra quanto previsto a livello ministeriale e quanto avviene in un'ASR possiamo definire i primi (generali) come a livello nazionale e regionale; i secondi (specifici) definiti da ciascuna amministrazione nel proprio Piano, in coerenza con le priorità politiche espresse e con il quadro di riferimento nel quale l'amministrazione è chiamata ad agire nel triennio e nell'annualità successiva. Ogni pubblica amministrazione programma i propri obiettivi specifici.

La definizione di performance organizzativa è multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione attengono a: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009). La performance organizzativa riguarda i risultati attesi delle attività delle amministrazioni pubbliche che possono essere ricondotte, nel caso dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo, fondamentalmente ai servizi gestiti direttamente, in connessione con quelli affidati in outsourcing, sia per quanto riguarda il core business sia per le parti di supporto al funzionamento efficace ed efficiente dello stesso.

Le dimensioni rilevanti per la performance organizzativa sono:

- **efficienza**, data dal rapporto tra le risorse utilizzate e l'output realizzato; esprimono la capacità di utilizzare le risorse umane, economico-finanziarie, strumentali (*input*) in modo sostenibile e tempestivo nella realizzazione delle varie attività dell'amministrazione (*output*). L'efficienza può essere misurata, ad esempio, in termini economici e/o fisici:
 - ✓ **efficienza economica** (o finanziaria): esprime il costo (o la spesa) di gestione di un'attività e/o di erogazione di un servizio (risorse economiche/quantità servizi o utenti serviti) e può essere incrementata attraverso iniziative di miglioramento organizzativo. I dati relativi a questa dimensione sono ricavabili dai documenti contabili e di bilancio.
 - ✓ **efficienza produttiva**: esprime lo sforzo organizzativo per svolgere un'attività o un processo o per erogare un servizio e può essere incrementata attraverso iniziative di miglioramento organizzativo. In AO ci si riferisce fondamentalmente al rapporto costi/produttività, ricordando che nel caso di prestazioni di salute da parte di una struttura pubblica tale dimensione va considerata nel complesso di tutti gli indicatori e dei vincoli normativi.
- **efficacia**, ossia l'adeguatezza dell'output realizzato rispetto ai bisogni e alle aspettative degli utenti interni ed esterni, misurati sia in termini quantitativi che qualitativi.
 - ✓ **Efficacia quantitativa:**
 - ✓ **quantità erogata**: esprime la quantità erogata di *output* (n. servizi o prodotti) e può essere accresciuta tramite iniziative di incremento dei servizi o di modalità ad esempio connesse alla digitalizzazione. Questa area viene monitorata dalla S.S. Controllo di Gestione in collaborazione con la S.C. SID tramite cruscotti e slot.
 - ✓ **quantità fruita**: esprime la quantità dei destinatari diretti degli *output* (n. fruitori) e può essere accresciuta tramite iniziative di allargamento del numero dei beneficiari dei servizi. Il numero dei fruitori effettivi può anche essere rapportato al numero dei fruitori potenziali. Tale area viene monitorata unitamente all'ASLCN1 , all'interno del Polo Sud Ovest, in relazione ai flussi di committenza.
 - ✓ **Efficacia qualitativa:**
 - **qualità erogata**: esprime la qualità erogata degli *output*, attraverso parametri oggettivi, (ad esempio il tempo di pagamento ai fornitori) secondo la prospettiva dell'amministrazione, e può essere migliorata tramite iniziative d'innalzamento e di presidio degli standard dei servizi;
 - **qualità percepita**: esprime la qualità percepita degli *output*, secondo la prospettiva dei fruitori (livello di soddisfazione dei fruitori); anche qui la qualità può essere accresciuta tramite iniziative d'innalzamento e di presidio degli standard dei servizi.
 - ✓ **Efficacia multidimensionale**: i suoi elementi devono essere valutati e continuamente rivisti. Ad esempio attraverso:
 - grado di copertura degli utenti potenziali
 - tempo medio di erogazione
 - numero di reclami
 - soddisfazione rispetto alle modalità di erogazione *on line*.Questo aspetto si riconnette con quanto previsto dalle LG DFP n.4;
- **stato delle risorse**, che misura la quantità e qualità delle risorse dell'amministrazione (umane, economico-finanziarie e strumentali) e il suo livello di salute; esempi di indicatori sono:
 - ✓ **risorse umane**: quantità e distribuzione delle risorse umane per posizione; numero di persone suddivise per fasce di età e categoria. La sintesi dei dati è presente nei documenti della Performance alle date previste, il dettaglio nei documenti del CUG.

- ✓ **risorse economico-finanziarie:** risorse stanziare, risorse per tipologia di finanziamento, come si evincono dai documenti di bilancio;
- ✓ **risorse tangibili:** valore del patrimonio disponibile, livello di obsolescenza delle attrezzature. Questi dati si evincono dai documenti di Bilancio, dai dati pubblicati su Amministrazione Trasparente in merito al patrimonio aziendale e dalle relazioni della S.S. Ingegneria Clinica e dalla S.C. Interaziendale SID.
- ✓ **risorse intangibili:**
 - **salute organizzativa:** livello di benessere organizzativo. I dati vengono monitorati dalla S.S.SPP, dalla S.S. Medico competente e dal CUG.
 - **salute professionale:** quantità di persone laureate/formate/aggiornate. I dati sono conservati nel fascicolo personale di ciascun dipendente presso la S.S. Amministrazione del Personale e per quanto pertiene gli aggiornamenti resi possibili dalla documentazione trasmessa dai singoli dipendenti, dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori;
 - **salute di genere:** rapporto donne/uomini presenti nell'organizzazione; % presenza di donne in ruoli apicali. Questi dati sono raccolti dal CUG.
 - **salute relazionale:** quantità/tipologia di utenti/cittadini coinvolti nel processo di programmazione o valutazione; livello di soddisfazione nelle iniziative di partecipazione. Questi dati provengono dall'URP e dai gruppi che si occupano dei progetti legati all'umanizzazione, dalla Conferenza di Partecipazione e della Commissione Mista Conciliativa;
 - **salute etica:** quantità di processi oggetto di valutazione del rischio. Questa parte viene monitorata dalla Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
 - **salute digitale:** stanziamenti in applicativi; % servizi digitalizzati. Questa parte viene monitorata dalla S.C. Interaziendale SID;
- **impatto**, ovvero l'effetto generato dall'attività sui destinatari diretti (utenti) o indiretti. L'inclusione dell'impatto nel perimetro della performance organizzativa dovrebbe essere effettuata secondo:
 - ✓ utilizzo di indicatori di impatto per finalità di comunicazione e quindi "accountability esterna" al cittadino;
 - ✓ individuazione di attività e progetti, che evidenzino il contributo dell'amministrazione alla realizzazione dell'impatto ad esempio tramite progetti specifici e come l'amministrazione ne presidia l'efficacia ed efficienza.

Gli indicatori d'impatto esprimono l'effetto atteso o generato (*outcome*) da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere economico-sociale rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio.

Gli indicatori in oggetto possono riferirsi a diversi ambiti d'impatto degli obiettivi dell'amministrazione e possono essere misurati sia in valori assoluti che in termini di variazione percentuale rispetto alla condizione di partenza.

Rispetto alle categorie suggerite dalle LG 1 DFP:

 - **impatto sociale:** esprime l'impatto indotto sulle varie componenti della società (giovani, anziani, stranieri, ecc.) e sulle relative condizioni sociali e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto allo stato di bisogno. Il monitoraggio di questa area avviene a carico dell'ASLCN1 ed è definito nel rapporto di committenza con l'AO S.Croce e Carle di Cuneo. In particolare nel 2020 continuerà l'impegno congiunto nella realizzazione del Piano Cronicità;
 - **impatto economico:** esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del tessuto economico (altre istituzioni, imprese, terzo settore, ecc.) e sulle relative condizioni economiche e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione economica di partenza. Questo parametro, esaminato anche tramite la Conferenza dei Sindaci, è monitorato dall'ASLCN1;
 - **impatto ambientale:** esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del contesto geomorfologico in cui opera l'amministrazione e sulle relative condizioni ambientali e può

essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione ambientale di partenza.

La performance organizzativa è l'insieme dei risultati attesi dell'amministrazione nel suo complesso o delle sue unità organizzative. Essa permette di programmare, misurare e poi valutare come l'organizzazione, consapevole dello stato delle risorse (salute dell'amministrazione) utilizza le stesse in modo razionale (efficienza) per erogare servizi adeguati alle attese degli utenti (efficacia), al fine ultimo di creare valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholders (impatto).

I risultati verranno presentati nella Relazione sulla Performance.

Il DFP ha emanato con Circolare 2/2020 del 30.12.2019 una batteria di 15 Indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche - ciclo della performance 2020-2022⁶. Al momento della redazione del presente documento è stata trasmessa comunicazione relativa ai suddetti indicatori a tutte le strutture aziendali coinvolte dagli stessi (Acquisti, Amministrazione del Personale, Bilancio e contabilità, Comunicazione e ufficio stampa, FVO, PAAT, SID) al fine di verificarne la possibilità di monitoraggio già nella Relazione Performance 2019.

3 LA PRESENTAZIONE DELL'AO S.CROCE E CARLE DI CUNEO

Informazioni specifiche sono reperibili sul sito web aziendale, nelle Pubblicazioni per il cittadino⁷ e nelle apposite sezioni previste dall'Amministrazione Trasparente⁸.

3.1 Mandato istituzionale e Missione

La missione dell'Azienda Ospedaliera⁹ è 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. L'Azienda favorisce la collaborazione con le altre Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e gli altri soggetti preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute dei cittadini in quanto appartenenti allo stesso sistema sanitario, in particolare con quelle che insistono nell'ambito provinciale. In particolare, in qualità di HUB provinciale, l'Azienda promuove la collaborazione e l'integrazione con i servizi delle Aziende Sanitarie Locali del territorio di pertinenza favorendo la continuità di cure ospedale-territorio. L'organizzazione dell'attività segue, ove possibile, le modalità dell'intensità di cura, alla luce delle più recenti conoscenze scientifiche, l'ottimizzazione delle risorse disponibili e l'integrazione dei comportamenti professionali. L'Azienda pone al centro della sua attività l'assistito e le sue esigenze cliniche e assistenziali in fase acuta; di conseguenza i percorsi e i processi hanno come punto di riferimento il paziente, che deve essere coinvolto nella fase decisionale e di consenso che riguarda tutte le prestazioni che deve affrontare.

3.2 Chi siamo

La descrizione dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo è contenuta nella parte I della Carta dei Servizi¹⁰ e nell'apposita sezione del sito web¹¹.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle è attiva dal 1 gennaio 1995: deriva dalla 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.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle, 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.

⁶ <http://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/dipartimento/31-12-2019/circolare-n-22019>

⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=230>

⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

¹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

¹¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=169>

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle è inserita nel Sistema Sanitario della Regione Piemonte, come confermato dalla Deliberazione del Consiglio Regionale (di seguito D.C.R.) 22 ottobre 2007, n. 136-39452. La sede legale è in Cuneo, via Michele Coppino n.26. Gli organi e il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale¹² e descritti nel Piano di Organizzazione¹³.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle espleta la sua attività istituzionale sanitaria nei seguenti presidi:

- a. Ospedale S.Croce via Michele Coppino 26 Cuneo;
- b. Ospedale Antonio Carle, via Carle Cuneo.

Costituiscono ulteriori sedi operative dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle le seguenti strutture:

- c. Sede amministrativa Corso Brunet 19 A Cuneo;
- d. Sede amministrativa Via Monte Zovetto 18 Cuneo.

3.3 Cosa facciamo

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle 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 in regime ambulatoriale.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 (di seguito PSSR), adottato con DCR 3 aprile 2012, n. 167-14087, ha individuato l'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle come "Ospedale di Riferimento" per i presidi gestiti dalle ASL CN1 e CN2 e insistenti nell'Area Sovrazonale Piemonte Sud Ovest, comprendente la provincia di Cuneo.

L'Azienda svolge altresì un ruolo di presidio di base per i cittadini residenti nel Distretto di Cuneo, in stretta correlazione con i servizi territoriali.

La funzione di "Ospedale di riferimento" si esplica attraverso¹⁴:

- a. le attività di 2° e 3° livello per l'Area Sovrazonale Piemonte Sud Ovest nelle discipline di Allergologia e Fisiopatologia Respiratoria, Cardiochirurgia, Chirurgia Maxillo Facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Dietetica e Nutrizione Clinica, Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva, Geriatria, Malattie Infettive e Tropicali, Medicina Nucleare, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Pneumologia, Radiologia Interventistica, Radioterapia, Reumatologia, Terapia Intensiva Cardiovascolare, Terapia Intensiva Neonatale.
- b. DEA di II livello.

Molte strutture, fra quelle citate, agiscono in integrazione multidisciplinare, sia in campo internistico sia interventistico. In particolare sono attivi numerosi Gruppi Interdisciplinari di Cure (GIC) nell'ambito della Rete Oncologica Regionale. A tal proposito con DGR n. 51-2485 del 23/11/2015 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 toraco-polmonari, 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 mielodisplasiche).

L'AO al **31.10.2019** si compone di 40 strutture sanitarie che gestiscono 681 posti letto¹⁵ attraverso 2.299 dipendenti, per un volume di attività di ricovero di 26.744 dimessi, di cui 19.615 ricoveri ordinari e 7.129 day hospital, 63.788 accessi al Pronto Soccorso, 1.425 nuovi nati, 1.440.836 visite specialistiche complessive di prime visite e visite di controllo, con un

¹² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

¹³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

¹⁴ Programma di Integrazione dei Servizi dell'Area omogenea Piemonte Sud Ovest rev. 2019

¹⁵ Delibera 441 del 31.10.2018 Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo-Aggiornamento distribuzione posti letto di ricovero ordinario e diurno.

fatturato al 30.09.2019 di 137.775.336 milioni di euro¹⁶ ed un bilancio programmato di 183.700.448 milioni di euro.

L'indice di attrazione (su 26.744 schede di dimissione ospedaliera al 31.10.2019 relative al proprio bacino di utenza) risulta essere del 28,64% per i ricoveri ordinari e del 31,31% per i day hospital, in linea con quello dello scorso anno e superiore a quello di fuga: la fama del buon livello dei servizi resi, la presenza di strutture di eccellenza, anche a livello regionale e nazionale, fanno sì che ci sia una costante richiesta di prestazioni che comportano un maggiore impegno non solo nel mantenere il livello delle prestazioni ma anche nel ridurre i tempi di attesa.

La presentazione dettagliata dei dati di popolazione sia a livello socio demografico che per gli aspetti strettamente correlati alla salute è contenuta nel Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018-2020 dell'ASLCN1¹⁷ ed ai documenti di Performance dell'ASLCN1¹⁸.

I Distretti dell'ASLCN1 a cui l'AO S.Croce e Carle di Cuneo fa riferimento si avvalgono del proprio Comitato dei Sindaci come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei propri cittadini e per le altre incombenze previste dalla vigente normativa. I lavori relativi al Piano Cronicità^{19,20} sono una buona esemplificazione di questo.

Il territorio di riferimento dell'ASL CN1 corrisponde ad un quinto di quello regionale e nel 2018 presenta una densità abitativa di 72 abitanti/km², fra le più basse del Piemonte (densità regionale: 172 abitanti/km²). Il Distretto Sanitario Sud-Ovest è il più popoloso con 162.687 abitanti, seguito dal Nord-Est con 89.487 abitanti, da quello di Sud-Est con 85.397 e per finire dal Distretto Nord-Ovest con 79.984 abitanti. Il Distretto Nord-Est è quello che comprende l'area pianeggiante più vasta e presenta la densità abitativa più elevata (137 abitanti/km²). Il numero medio di componenti per famiglia nel 2017 è pari a 2,2, analogamente all'indice nei quattro distretti sanitari; nel 2013 era pari a 2,3.

Nel territorio dell'ASL CN1 nel 2018 risultano 417.555 residenti (210.892 femmine e 206.726 maschi), pari al 9,5% della popolazione residente in Piemonte (4.375.865 abitanti). Negli ultimi cinque anni vi è stato un decremento di popolazione, lento ma continuo: rispetto al 2016 i residenti sono diminuiti dello 0,3% e rispetto al 2014 dello 0,7%. L'ammontare complessivo della popolazione residente è il risultato di una dinamica che comprende il movimento naturale e quello migratorio. Confermando una tendenza ormai stabile nel tempo, nel 2017 il saldo naturale è negativo (-1.618), con i decessi che superano le nascite, mentre quello migratorio è positivo (+1.037) con gli iscritti, da altri comuni e/o dall'estero, che superano i cancellati. La somma di queste due componenti porta a un saldo complessivo di popolazione negativo (-581).

Gli ultra65enni rappresentano una fascia particolarmente fragile per quanto riguarda le malattie croniche e pertanto meritano un'attenzione particolare. Infatti i bisogni di salute e di conseguenza della presa in carico si differenziano al crescere dell'età. In questa fascia di popolazione, sulla base della classificazione che distingue tre sottocategorie di età ("giovani vecchi": 65-74enni/"veri vecchi": 75-84enni/"grandi vecchi": soggetti di 85 anni e oltre), emerge che i giovani vecchi costituiscono l'11,5% della popolazione totale, i veri anziani l'8,7% e i soggetti di 85 anni il 3,9%. Tali percentuali sono simili a quelle del 2013 (rispettivamente 11,2%, 8,4% e 3,8%).

In ASL CN1 l'Indice di invecchiamento ("indicatore strutturale" utile ad evidenziare il peso relativo della popolazione anziana) è pari al 23,6%, mentre nei singoli Distretti sanitari è del 24,2% nel Distretto Nord-Ovest, del 22,7% nel Distretto Nord-Est, del 23,3% nel Sud-Ovest e del 26,6% nel Sud-Est

In ASL CN1 tra gli intervistati con il metodo del sistema di Sorveglianza di popolazione PASSI il 75% giudica positivamente il proprio stato di salute, l'1% riferisce sintomi di depressione; il 27% è sedentario, il 33% è in eccesso ponderale; il 24% fuma e il 17% beve in modo pericoloso per la salute. Il 16% degli intervistati, ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due

¹⁶ Dati al 31.10.2017

¹⁷ <http://www.aslcn1.it/nc/comunicazione/news-comunicati/news-pagina-singola/article/avvio-consultazione-pubblica-3/>

¹⁸ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

¹⁹ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

²⁰ file:///C:/Users/somale_n/Downloads/Allegato_3b_Del_520-2018_del_27_12_2018_Piano_Cronicita.pdf

anni, ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione, a livello di Pool nazionale il dato è del 20% e in Piemonte si assesta sul 19%. Per quanto riguarda l'ipercolesterolemia, la prevalenza riferita in PASSI è in linea con quella regionale e nazionale: 22% tra gli intervistati in ASL CN1 e nel pool regionale, 23% nel pool nazionale. Tra le persone affette da patologie croniche (almeno una delle seguenti: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato) riferisce di essersi vaccinato nelle ultime campagne antiinfluenzali il 16% rispetto al 21% del livello Regionale.

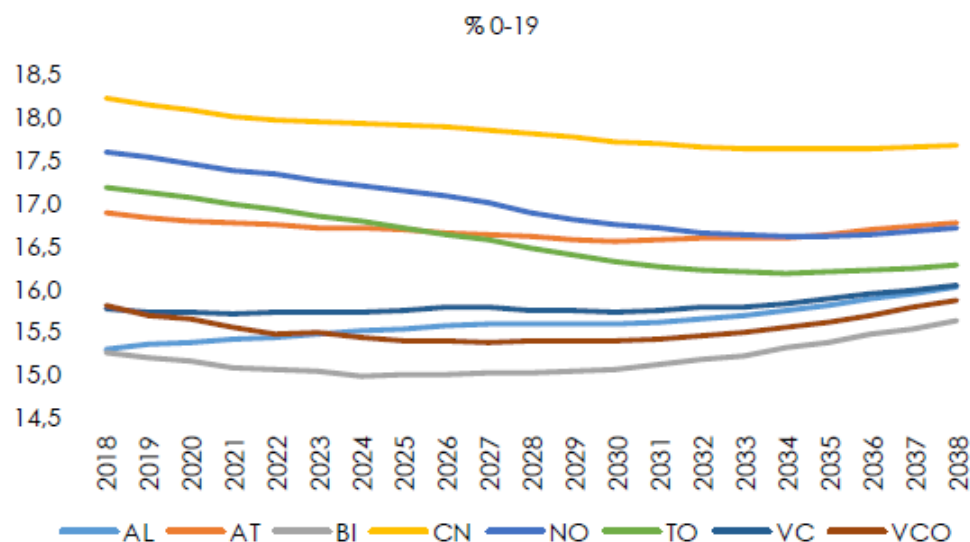
La più comune misura dell'impatto esercitato da una patologia oggetto di ricovero sulla popolazione è rappresentata dal Tasso di ospedalizzazione (numero annuale di ricoveri per causa che si verifica ogni 100.000 residenti). Nel 2017 nell'ASL CN1 sono stati osservati 2.022 ricoveri per insufficienza cardiaca (1.052 uomini e 970 donne), con un tasso di ospedalizzazione pari a 508,24 tra gli uomini e 458,54 tra le donne. Nello stesso periodo stati osservati 2.034 ricoveri per diabete mellito (1173 uomini e 861 donne), con un tasso di ospedalizzazione pari a 566,70 per gli uomini e 1917,42 per le donne. Per quanto riguarda la BPCO sono stati osservati 1.001 ricoveri (658 uomini e 343 donne), con un tasso di ospedalizzazione pari a 317,89 per gli uomini e 162,14 per le donne. Il Tasso grezzo di mortalità (TG) della popolazione ASL CN1 (numero morti/popolazione totale ogni 1.000 abitanti residenti) nel 2017 (ultimo anno reso disponibile dall'ISTAT) è 12,03. Nel 2015 le tre principali cause di morte sono state le stesse per uomini e donne: 1) malattie dell'apparato cardiocircolatorio; 2) tumori maligni; 3) malattie dell'apparato respiratorio. L'analisi dei rapporti standardizzati di mortalità (SMR) indica che i tre "Big Killer" pur presentando valori superiori a quelli regionali (malattie dell'apparato circolatorio per entrambi i sessi e malattie respiratorie per i maschi) oppure inferiori (tumori maligni sia per gli uomini che per le donne) non sono significativi. Statisticamente significativo il 21,54% di rischio in più registrato dalle donne relativamente alle malattie dell'apparato respiratorio.

La provincia di Cuneo registra un buon livello di qualità della vita, in relazione a tutti i criteri analizzati dalle diverse fonti²¹, che rimane stabile nonostante il periodo di difficoltà socio economica a livello nazionale.

Nel 2038 Cuneo, Novara ed Asti si presenterebbero ancora come le province più giovani della regione: infatti l'età media risulterebbe inferiore a quella regionale, 46,6 per Cuneo. Per la provincia di Cuneo il mi-nor grado di invecchiamento sarebbe determinato in gran parte dall'elevata quota di popolazione giovanile (0-19 anni) e da una relativamente bassa percentuale di popolazione anziana (65 anni e più)

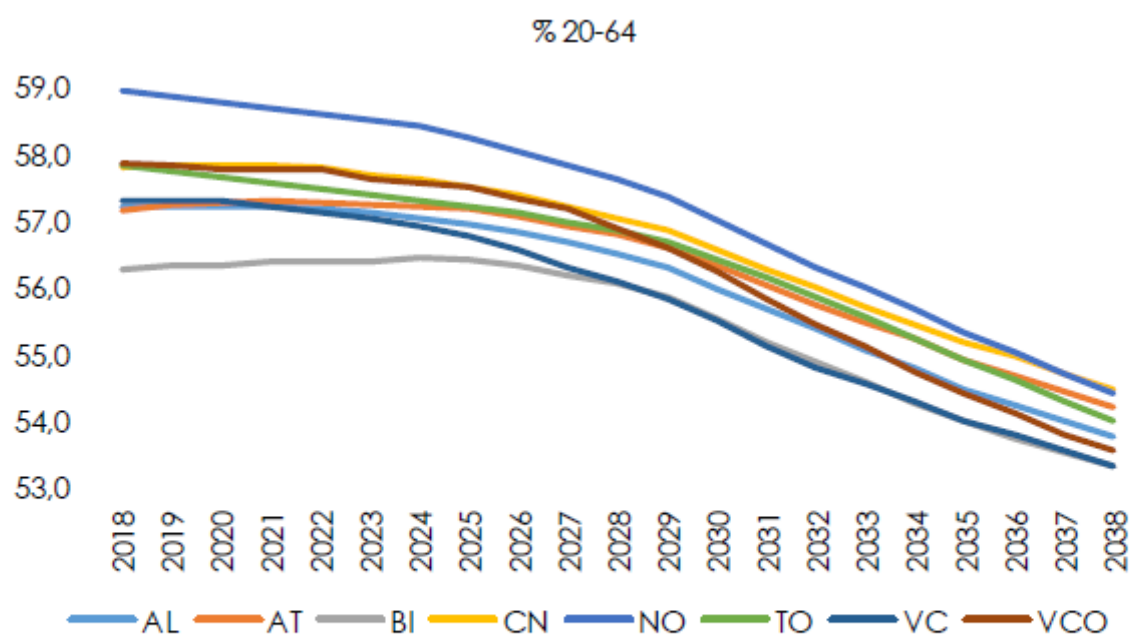
²¹ Italia Oggi, Sole 24 Ore, IRES Piemonte: indice BES,

Figura 1: Popolazione 0-19 anni nelle province piemontesi dal 2018 al 2038, peso % sul totale di popolazione della provincia (previsioni 1° gennaio)



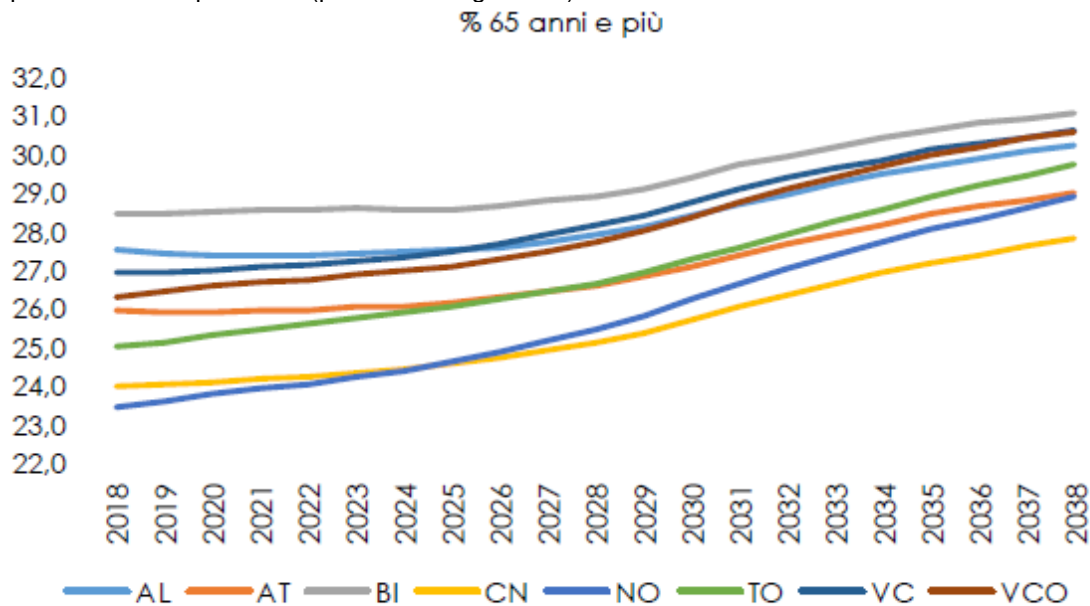
Fonte: previsioni della popolazione IRES-Piemonte con il modello STRU.DE.L 2018

Figura 2: Popolazione 20-64 anni nelle province piemontesi dal 2018 al 2038, peso % sul totale di popolazione della provincia (previsioni 1° gennaio).



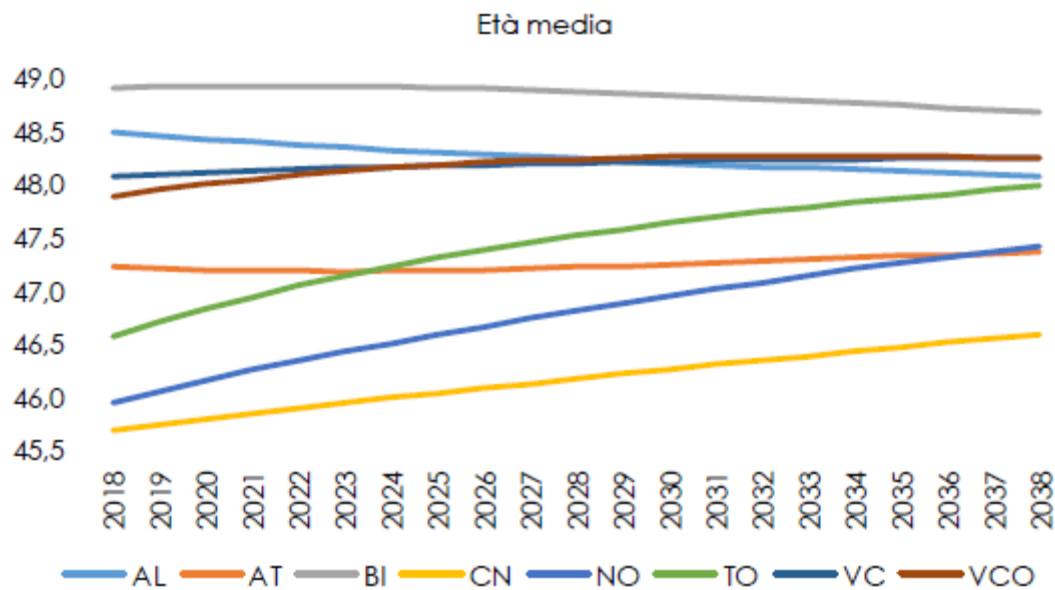
Fonte: previsioni della popolazione IRES-Piemonte con il modello STRU.DE.L 2018

Figura 3: Popolazione di 65 anni ed oltre nelle province piemontesi dal 2018 al 2038, peso % sul totale di popolazione della provincia (previsioni 1° gennaio)



Fonte: previsioni della popolazione IRES-Piemonte con il modello STRU.DE.L 2018

Figura 4: Popolazione di 65 anni ed oltre nelle province piemontesi dal 2018 al 2038, peso % sul totale di popolazione della provincia (previsioni 1° gennaio)



Fonte: previsioni della popolazione IRES-Piemonte con il modello STRU.DE.L 2018

Figura 5: Alcuni indicatori demografici delle province piemontesi dal 2018 al 2038 e confronto con la regione (previsioni al 1° gennaio)

Province		AL	AT	BI	CN	NO	TO	VC	VCO	Regione
Indice di struttura della popolazione in età lavorativa	2018	164,7	153,2	164,7	138,5	149,3	149,5	157,0	165,4	150,9
	2028	133,2	127,2	133,2	123,0	130,2	133,1	132,4	131,7	131,1
	2038	113,5	112,1	113,5	110,8	114,6	117,5	114,1	113,6	115,4
Indice di dipendenza dei giovani	2018	18,4	20,1	18,2	21,5	20,6	20,5	18,7	18,4	20,2
	2028	18,3	19,5	17,9	20,9	19,4	19,2	18,7	17,9	19,2
	2038	20,2	21,0	20,0	22,1	20,9	20,6	20,4	20,2	20,7
Indice di dipendenza degli anziani	2018	44,9	42,1	47,0	38,3	36,9	40,2	43,7	42,3	40,7
	2028	45,8	43,3	48,0	40,6	40,8	43,3	46,5	45,2	43,3
	2038	52,0	49,5	54,1	47,1	49,1	51,0	53,2	53,0	50,6
Indice di vecchiaia	2018	244,1	209,3	258,9	178,1	179,2	195,7	234,3	229,7	201,3
	2028	249,7	222,0	268,5	194,0	210,0	225,9	249,2	252,1	225,6
	2038	257,6	235,1	270,4	213,1	234,7	248,0	260,8	262,2	244,7
Età media	2018	48,5	47,2	48,9	45,7	45,9	46,6	48,1	47,9	46,8
	2028	48,2	47,2	48,9	46,2	46,8	47,5	48,2	48,2	47,5
	2038	48,1	47,4	48,7	46,6	47,4	48,0	48,2	48,3	47,8

Fonte: previsioni della popolazione IRES-Piemonte con il modello STRU.DE.L 2018

Il numero di Italia Oggi del 18.11.2019 riporta i dati della consueta ricerca, giunta alla 21sima edizione, condotta dall'Università La Sapienza di Roma in collaborazione con la Cattolica Assicurazioni che stila diverse classifiche delle province italiane in base ad una serie di parametri (affari e lavoro, ambiente, reti e sicurezza sociale, istruzione formazione e capitale umano, popolazione, sistema salute, tempo libero e tenore di vita) finalizzati ad offrire una descrizione della percezione della qualità della vita secondo un campione di popolazione. I risultati, seppur con le consuete differenze territoriali, dimostrano un miglioramento complessivo. Cuneo si colloca in ottava posizione, preceduta da Trento, Pordenone, Sondrio, Verbano Cusio Ossola, Belluno, Aosta e Treviso.

Figura 6: rappresentazione visiva delle provincie in base all'indice complessivo scelto per misurare la qualità di vita (dal chiaro: livello di percezione alta allo scuro: livello di percezione bassa).



La produzione dei Presidi Ospedalieri dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo²² si rivolge per l'attività di ricovero per l'87,24% in termini di casi e l'82,22% in termini di valore a residenti dell'ASLCN1 e per il 5,70% in termini di casi ed il 9% in termini di valore a residenti dell'ASLCN2. L'andamento della produzione nell'ultimo triennio ha evidenziato significativi incrementi, in relazione ad azioni di efficientamento aziendale e alla progressiva concretizzazione delle reti cliniche (oncologica, laboratorio, ecc.). Inoltre l'insistenza sul territorio della ASLCN1 ha determinato fenomeni bidirezionali di incremento o decremento di attività tra ASL e AO, in relazione a criticità o a scelte erogative che possano aver interessato l'una o l'altra Azienda. E' da rilevare che l'attività è prevalentemente erogata in urgenza a residenti dell'ASLCN1 e dell'ASLCN2, evidenziando il ruolo di HUB nella rete dell'emergenza urgenza dell'AO, ma anche verosimilmente ambiti di analisi e approfondimento in relazione alla presa in carico territoriale.

Figura n. 7: distribuzione dei pazienti ricoverati per genere e in relazione alla cittadinanza (dati al 31.10.2019).

SESSO	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
	26.744	2.748	1.776	972
F	13.066	1.702	1.099	603
M	13.678	1.046	677	369

²² Programma di Integrazione dei Servizi dell'Area omogenea Piemonte Sud Ovest rev. 2019
Pagina 14 di 68

Figura n. 8: statistiche sanitarie relative al regime di ricovero in relazione alla cittadinanza (dati al 31.10.2019).

Regime	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
	26.744	2.748	1.776	972
RO	19.615	2.089	1.425	664
DH	7.129	659	351	308

Figura n.9: statistiche sanitarie relative alla provenienza dei pazienti ricoverati in relazione alla cittadinanza (dati al 31.10.2019).

Provenienza	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
	26.744	2.748	1.776	972
118	4.259	324	221	103
ALTRO REGIME STESSO OSPEDALE	176	12	7	5
NASCITA	1.425	161	161	0
PRIVATO ACCREDITATO	4	3	1	2
PROGRAMMATO	11.767	1.143	603	540
PRONTO SOCCORSO	6.479	880	649	231
PROPOSTA DI UN MEDICO	2.232	170	102	68
TRASFERITO OSPEDALE PUBBLICO	402	55	32	23

Figura n.10: statistiche sanitarie relative ai reparti di ricovero in relazione alla cittadinanza (dati al 31.10.2019).

Scheda dimissione	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
	26.744	2.748	1.776	972
ALLERGOLOGIA	8	1	0	1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	700	59	36	23
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCOLARE	57	2	0	2
ASSISTENZA NEONATALE	1.259	142	142	0
CARDIOCHIRURGIA	405	20	6	14
CARDIOLOGIA	1.138	73	38	35
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	388	26	11	15
CHIRURGIA GENERALE	1.686	148	86	62
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (ODONTOSTOMATOLOGIA)	578	70	26	44
CHIRURGIA PLASTICA	176	13	5	8
CHIRURGIA TORACICA	374	34	19	15
CHIRURGIA VASCOLARE	962	60	21	39
CURE INTERMEDIE	168	12	7	5
DERMATOLOGIA	32	0	0	0
DETENUTI	9	4	3	1
EMATOLOGIA	517	47	39	8
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	512	59	32	27
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	30	0	0	0
GASTROENTEROLOGIA	895	94	54	40
GERIATRIA	917	22	6	16
GINECOLOGIA	1.026	252	183	69
IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	43	5	3	2
LIBERA PROFESSIONE - CASA DI CURA	317	9	6	3

Scheda dimissione	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	492	94	72	22
MEDICINA D'URGENZA	253	9	7	2
MEDICINA INTERNA	1.988	126	61	65
NEFROLOGIA	421	57	37	20
NEONATOLOGIA	199	24	24	0
NEUROCHIRURGIA	540	61	30	31
NEUROLOGIA	747	50	27	23
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	53	9	8	1
OCULISTICA	852	86	30	56
ONCOLOGIA	1.065	79	52	27
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.461	112	68	44
OSTETRICIA	1.560	419	321	98
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	698	79	39	40
PEDIATRIA	722	130	124	6
PNEUMOLOGIA	737	52	31	21
PSICHIATRIA	515	56	36	20
RADIOLOGIA	167	6	2	4
RADIOTERAPIA	8	3	3	0
REUMATOLOGIA	136	16	5	11
SENOLOGIA CHIRURGICA	259	26	12	14
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	63	9	9	0
U.T.I.C	180	16	11	5
UROLOGIA	1.431	77	44	33

Figura n.11: statistiche sanitarie relative ai ricoveri ordinari 2019.

Dati	RO Gennaio-Ottobre 2019
Dimessi	19.615
Giornate	153.918
Degenza media	7,85
Ricoveri < 2gg	1.505
Deceduti	708
Ricoveri Ripetuti	669
Ricoveri Ripetuti %	3,41%
Prevalenza casi MEDICI	12.263
Prevalenza casi MEDICI %	62,52%
Prevalenza casi CHIR.	7.352
Prevalenza casi CHIR. %	37,48%
Casi proprio bacino	13.652
Indice di attrazione	28,70%

Figura n.12: statistiche Figura n. 7

Dati	DH Gennaio-Ottobre 2019
Dimessi	7.129
Accessi	13.001
Accessi medi	1,82
Prevalenza accessi Diagn.	357
Prevalenza accessi Diagn. %	5,01%
Prevalenza casi MEDICI	2.860
Prevalenza casi MEDICI %	40,12%
Prevalenza casi CHIR.	4.269
Prevalenza casi CHIR. %	59,88%
Ricoverati	7.129
Casi proprio bacino	4.897
Indice di attrazione	31,31%
Decessi	0

Figura n.13: primi 50 DRG in AO S.Croce e Carle di Cuneo (dato al 30.10.2019).

Primi 50 DRG	Tipo DRG	Casi
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M	1.048
391-Neonato normale	M	815
89-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	595
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M	548
576-Setticemia senza ventilazione meccanica >= 96 ore, età > 17 anni	M	483
127-Insufficienza cardiaca e shock	M	445
87-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	443
430-Psicosi	M	408
311-Interventi per via transuretrale senza CC	C	332
390-Neonati con altre affezioni significative	M	325
14-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	315
464-Segni e sintomi senza CC	M	313
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	311
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	C	292
42-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	C	287
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C	285
371-Parto cesareo senza CC	C	271
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C	266
119-Legatura e stripping di vene	C	262
479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	C	261
380-Aborto senza dilatazione e raschiamento	M	257
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C	251
40-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	C	248
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C	247
39-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	C	244
466-Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	M	241
75-Interventi maggiori sul torace	C	232
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	222
316-Insufficienza renale	M	210
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza	C	205

Primi 50 DRG	Tipo DRG	Casi
CC		
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C	200
169-Interventi sulla bocca senza CC	C	187
423-Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	M	187
105-Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	C	182
389-Neonati a termine con affezioni maggiori	M	177
63-Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	C	171
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	C	169
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	M	166
229-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	C	166
53-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	C	163
203-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	M	157
534-Interventi vascolari extracranici senza CC	C	155
290-Interventi sulla tiroide	C	145
461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C	143
286-Interventi sul surrene e sulla ipofisi	C	141
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	C	133
139-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	M	133
260-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	C	128
183-Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	M	128
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	M	128

I primi 9 DRG rimangono sostanzialmente invariati.

Figura n.14: proporzione ricoveri per fasce di età e cittadinanza (SDO al 31.10.2019).

Anno	Fascia 10 anni	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
Totale		26.744	2.748	1.776	972
2019	a) da 0 a 10	2.170	293	287	6
2019	b) da 11 a 20	681	113	82	31
2019	c) da 21 a 30	1.768	505	376	129
2019	d) da 31 a 40	2.222	538	369	169
2019	e) da 41 a 50	2.307	385	221	164
2019	f) da 51 a 60	3.256	351	196	155
2019	g) da 61 a 70	4.570	264	131	133
2019	h) da 71 a 80	5.511	164	86	78
2019	i) da 81 a 90	3.667	115	24	91
2019	j) da 91 a 100	592	20	4	16

L'AO S.Croce e Carle di Cuneo partecipa al progetto ONDA, ottenendo fino ad ora costantemente 3 Bollini Rosa in quanto ospedale particolarmente attento alle esigenze delle donne. Ripresenterà la sua candidatura anche per il 2020.

Con la presenza della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) è centro di riferimento specialistico a livello regionale ed anche per il bacino territoriale confinante.

Da poco è stata creata una specifica area sul portale aziendale per rendere disponibili in modalità multilingue alcune informazioni essenziali per le persone straniere²³.

Figura n.15: nuovi nati al 31.10.2019.

Cittadinanza Nuovo Nato	Cittadinanza Madre	Stato Nascita Madre	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana
ALBANIA	ALBANIA	ALBANIA	35	35	35
COSTA D'AVORIO	COSTA D'AVORIO	COSTA D'AVORIO	12	12	12
ITALIA	ALBANIA	ALBANIA	32	0	0
ITALIA	ITALIA	ALBANIA	11	0	0
ITALIA	ITALIA	ITALIA	1051	0	0
ITALIA	ITALIA	ROMANIA	11	0	0
ITALIA	MAROCCO	MAROCCO	24	0	0
ITALIA	ROMANIA	ROMANIA	26	0	0
MAROCCO	MAROCCO	MAROCCO	31	31	31
NIGERIA	NIGERIA	NIGERIA	5	5	5
ROMANIA	ROMANIA	ROMANIA	23	23	23
SENEGAL	SENEGAL	SENEGAL	3	3	3
Totale complessivo			1425	161	161

I dati analizzati per cittadinanza del neonato, della mamma e stato di nascita evidenziano come l'11,29% possano essere considerati di cittadinanza non italiana.

Le nazionalità maggiormente rappresentate, sia che si consideri lo stato di nascita che la cittadinanza della madre rimangono l'Albania, il Marocco e la Romania.

Figura n. 16: SDO per IVG complessive (codice 635), (considerando che le 247 donne che si sottopongono a IVF -interruzione di gravidanza farmacologica- risultano con 2 accessi in AO), al 31.10.2019

TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
371	136	101	35

Figura n. 17: indice case mix per specialità e regime di ricovero al 31.10.2019.

Regime	Totale		RO		DH	
Scheda Dimissione	Casi	Case Mix	Casi	Case Mix	Casi	Case Mix
Totale	26.744	1,00	19.615	1,00	7.129	1,00
ALLERGOLOGIA	8	0,28	-	-	8	0,43
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	700	1,79	247	3,74	453	0,71
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCOLARE	57	4,68	57	4,16	-	-
ASSISTENZA NEONATALE	1.259	0,31	1.259	0,27	-	-
CARDIOCHIRURGIA	405	3,96	405	3,52	-	-
CARDIOLOGIA	1.138	1,80	912	1,67	226	2,19
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	388	1,07	49	1,17	339	1,59
CHIRURGIA GENERALE	1.686	1,04	946	1,22	740	0,93
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (ODONTOSTOMATOLOGIA)	578	0,60	301	0,57	277	0,84
CHIRURGIA PLASTICA	176	0,67	41	0,69	135	0,98

²³ http://www.ospedale.cuneo.it/comunicazione/la_sanita_per_gli_stranieri/

Regime	Totale		RO		DH	
Scheda Dimissione	Casi	Case Mix	Casi	Case Mix	Casi	Case Mix
Totale	26.744	1,00	19.615	1,00	7.129	1,00
CHIRURGIA TORACICA	374	1,86	316	1,72	58	2,20
CHIRURGIA VASCOLARE	962	1,08	626	1,22	336	0,79
CURE INTERMEDIE	168	0,94	168	0,83	-	-
DERMATOLOGIA	32	0,59	-	-	32	0,90
DETENUTI	9	0,69	9	0,61	-	-
EMATOLOGIA	517	2,14	305	2,69	212	1,33
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	512	1,08	209	0,74	303	1,93
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	30	0,67	-	-	30	1,03
GASTROENTEROLOGIA	895	0,76	866	0,67	29	0,95
GERIATRIA	917	1,02	917	0,90	-	-
GINECOLOGIA	1.026	0,45	661	0,46	365	0,51
IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	43	0,48	-	-	43	0,73
LIBERA PROFESSIONE - CASA DI CURA	317	0,67	192	0,80	125	0,49
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	492	1,13	442	1,03	50	1,34
MEDICINA D'URGENZA	253	1,21	253	1,08	-	-
MEDICINA INTERNA	1.988	0,93	1.988	0,83	-	-
NEFROLOGIA	421	1,13	363	1,01	58	1,69
NEONATOLOGIA	199	1,60	199	1,42	-	-
NEUROCHIRURGIA	540	1,83	514	1,68	26	1,04
NEUROLOGIA	747	1,00	719	0,90	28	0,85
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	53	0,50	-	-	53	0,77
OCULISTICA	852	0,43	358	0,41	494	0,63
ONCOLOGIA	1.065	0,72	255	0,91	810	0,95
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.461	1,09	1.083	1,14	378	0,81
OSTETRICIA	1.560	0,44	1.560	0,39	-	-
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	698	0,60	408	0,64	290	0,68
PEDIATRIA	722	0,55	648	0,47	74	1,11
PNEUMOLOGIA	737	1,12	718	0,97	19	3,13
PSICHIATRIA	515	0,73	366	0,63	149	1,17
RADIOLOGIA	167	0,55	-	-	167	0,85
RADIOTERAPIA	8	0,82	-	-	8	1,25
REUMATOLOGIA	136	0,79	-	-	136	1,21
SENOLOGIA CHIRURGICA	259	0,74	74	0,94	185	0,93
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	63	1,31	63	1,16	-	-
U.T.I.C	180	2,12	180	1,88	-	-
UROLOGIA	1.431	0,75	938	0,75	493	0,90

Figura n. 18: ricoveri ripetuti al 31.10.2019.

Scheda dimissione	Totale
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5
ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCOLARE	5
CARDIOCHIRURGIA	13
CARDIOLOGIA	24
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	1
CHIRURGIA GENERALE	31
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (ODONTOSTOMATOLOGIA)	2
CHIRURGIA PLASTICA	1
CHIRURGIA TORACICA	18
CHIRURGIA VASCOLARE	21
EMATOLOGIA	63

Scheda dimissione	Totale
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	2
GASTROENTEROLOGIA	49
GERIATRIA	28
GINECOLOGIA	6
LIBERA PROFESSIONE - CASA DI CURA	9
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	15
MEDICINA D'URGENZA	6
MEDICINA INTERNA	77
NEFROLOGIA	10
NEONATOLOGIA	12
NEUROCHIRURGIA	26
NEUROLOGIA	12
OCULISTICA	25
ONCOLOGIA	18
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8
OSTETRICIA	44
OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	2
PEDIATRIA	22
PNEUMOLOGIA	35
PSICHIATRIA	36
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	2
U.T.I.C	4
UROLOGIA	37
TOTALE	669

Nel 2019 è stato assegnato l'obiettivo 136 "Riduzione ricoveri ripetuti" a Psichiatria, Chirurgia vascolare, Cardiologia, Medicina interna, Gastroenterologia, Geriatria, Pneumologia.

Figura n. 19: dati per ricovero ordinario al 31.10.2019.

Dati	RO Gennaio-Ottobre 2019
Dimessi	19.615
Giornate	153.918
Degenza media	7,85
Ricoveri < 2gg	1.505
Deceduti	708
Ricoveri Ripetuti	669
Ricoveri Ripetuti %	3,41%
Prevalenza casi MEDICI	12.263
Prevalenza casi MEDICI %	62,52%
Prevalenza casi CHIR.	7.352
Prevalenza casi CHIR. %	37,48%
Casi proprio bacino	13.652
Indice di attrazione	28,70%

Figura n. 20: dati per ricovero in regime di DH al 31.10.2019.

Dati	DH Gennaio-Ottobre 2019
Dimessi	7.129
Accessi	13.001
Accessi medi	1,82
Prevalenza accessi Diagn.	357
Prevalenza accessi Diagn. %	5,01%
Prevalenza casi MEDICI	2.860
Prevalenza casi MEDICI %	40,12%
Prevalenza casi CHIR.	4.269
Prevalenza casi CHIR. %	59,88%
Ricoverati	7.129
Casi proprio bacino	4.897
Indice di attrazione	31,31%
Decessi	0

Figura n. 21: indice di attrazione per specialità in ricovero ordinario (al 31.10.2019).

Regime	Scheda Ricovero	Totale Casi	Casi proprio bacino	Indice di attrazione
Totale		26.271	18.545	29,41%
RO	Totale	19.148	13.652	28,70%
RO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	281	130	53,74%
RO	ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA CARDIOVASCOLARE	74	63	14,86%
RO	ASSISTENZA NEONATALE	1.406	924	34,28%
RO	CARDIOCHIRURGIA	380	309	18,68%
RO	CARDIOLOGIA	558	311	44,27%
RO	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	75	35	53,33%
RO	CHIRURGIA GENERALE	880	520	40,91%
RO	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (ODONTOSTOMATOLOGIA)	298	216	27,52%
RO	CHIRURGIA PLASTICA	39	37	5,13%
RO	CHIRURGIA TORACICA	294	266	9,52%
RO	CHIRURGIA VASCOLARE	591	525	11,17%
RO	CURE INTERMEDIE	159	0	100,00%
RO	DETENUTI	11	11	0,00%
RO	EMATOLOGIA	273	254	6,96%
RO	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	184	173	5,98%
RO	GASTROENTEROLOGIA	850	793	6,71%
RO	GERIATRIA	731	705	3,56%
RO	GINECOLOGIA	643	442	31,26%
RO	LIBERA PROFESSIONE - CASA DI CURA	191	0	100,00%
RO	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	383	357	6,79%
RO	MEDICINA D'URGENZA	964	682	29,25%
RO	MEDICINA INTERNA	1.818	1.298	28,60%
RO	NEFROLOGIA	308	178	42,21%
RO	NEONATOLOGIA	34	31	8,82%
RO	NEUROCHIRURGIA	477	429	10,06%
RO	NEUROLOGIA	669	443	33,78%
RO	OCULISTICA	348	119	65,80%
RO	ONCOLOGIA	201	194	3,48%
RO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.051	855	18,65%
RO	OSTETRICIA	1.549	989	36,15%
RO	OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-	384	214	44,27%

Regime	Scheda Ricovero	Totale Casi	Casi proprio bacino	Indice di attrazione
	FACCIALE			
RO	PEDIATRIA	629	459	27,03%
RO	PNEUMOLOGIA	618	548	11,33%
RO	PSICHIATRIA	329	294	10,64%
RO	SENOLOGIA CHIRURGICA	73	0	100,00%
RO	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	61	46	24,59%
RO	U.T.I.C	410	264	35,61%
RO	UROLOGIA	924	538	41,77%

Figura n. 22: indice di attrazione per specialità in regime di DH (al 31.10.2019).

Regime	Scheda Ricovero	Totale Casi	Casi proprio bacino	Indice di attrazione
DH	Totale	7.123	4.893	31,31%
DH	ALLERGOLOGIA	8	7	12,50%
DH	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	453	269	40,62%
DH	CARDIOLOGIA	226	114	49,56%
DH	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	339	167	50,74%
DH	CHIRURGIA GENERALE	739	478	35,32%
DH	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (ODONTOSTOMATOLOGIA)	277	236	14,80%
DH	CHIRURGIA PLASTICA	135	125	7,41%
DH	CHIRURGIA TORACICA	58	56	3,45%
DH	CHIRURGIA VASCOLARE	336	315	6,25%
DH	DERMATOLOGIA	32	30	6,25%
DH	EMATOLOGIA	212	194	8,49%
DH	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	303	286	5,61%
DH	FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	30	29	3,33%
DH	GASTROENTEROLOGIA	29	27	6,90%
DH	GINECOLOGIA	365	231	36,71%
DH	IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	43	27	37,21%
DH	LIBERA PROFESSIONE - CASA DI CURA	125	0	100,00%
DH	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	50	47	6,00%
DH	NEFROLOGIA	58	41	29,31%
DH	NEUROCHIRURGIA	26	25	3,85%
DH	NEUROLOGIA	28	17	39,29%
DH	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	53	49	7,55%
DH	OCULISTICA	494	170	65,59%
DH	ONCOLOGIA	810	776	4,20%
DH	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	376	286	23,94%
DH	OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	290	179	38,28%
DH	PEDIATRIA	74	49	33,78%
DH	PNEUMOLOGIA	19	18	5,26%
DH	PSICHIATRIA	149	145	2,68%
DH	RADIOLOGIA	167	76	54,49%
DH	RADIOTERAPIA	8	7	12,50%
DH	REUMATOLOGIA	136	131	3,68%
DH	SENOLOGIA CHIRURGICA	185	0	100,00%
DH	UROLOGIA	490	286	41,63%

L'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, che oltre ad essere l'Ospedale di riferimento per l'alta specializzazione costituisce anche l'Ospedale di riferimento territoriale per il Distretto Sud-Ovest, soddisfa circa il 46,5% in termini di casi ed il 47% in termini di valore del fabbisogno complessivo.

Figura n. 23: accessi al Pronto Soccorso gennaio-ottobre 2019 in base a codice colore.

Colore Entrata Triage	Accessi DEA	di cui STRANIERI	STRANIERI: nazionalità non italiana	STRANIERI: nazionalità italiana - nati all'estero
Totale	63.788	8.013	5.492	2.521
B	3.436	728	535	193
G	10.572	870	550	320
R	1.094	75	39	36
V	48.686	6.340	4.368	1.972

Figura n. 24: accessi al Pronto Soccorso gennaio-ottobre 2019 in base a codice colore nei diversi mesi dell'anno.

Colore entrata triage	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott
Totale	6.778	6.393	6.724	6.004	6.175	6.472	6.789	6.537	5.801	6.115
B	334	271	375	341	394	326	421	382	323	269
G	1.227	1.082	1.065	995	997	1.012	1.111	1.061	963	1.059
R	133	117	104	88	117	111	97	120	103	104
V	5.084	4.923	5.180	4.580	4.667	5.023	5.160	4.974	4.412	4.683

Figura. 25: tempi di attesa in Pronto Soccorso in base a codice colore (gennaio-ottobre 2019). Obtv 126.

OSSERV. BREVE	Totale	Totale	No - Oss. Breve	No - Oss. Breve	Si - Oss. Breve	Si - Oss. Breve
Colore Ingresso	Accessi	Perm. media in ore e min	Accessi	Perm. media in ore e min	Accessi	Perm. media in ore e min
Totale	63.788	4 h : 12 m	58.297	3 h : 2 m	5.491	16 h : 32 m
B	3.436	2 h : 47 m	3.390	2 h : 35 m	46	18 h : 3 m
G	10.572	5 h : 50 m	8.359	3 h : 10 m	2.213	15 h : 53 m
R	1.094	4 h : 46 m	883	1 h : 58 m	211	16 h : 31 m
V	48.686	3 h : 56 m	45.665	3 h : 4 m	3.021	16 h : 59 m

Figura n. 26: accessi in Pronto Soccorso in base a fasce di età e nazionalità (gennaio-ottobre 2019).

Fasce Età	Accessi DEA	di cui STRANIERI	STRANIERI: nazionalità non italiana	STRANIERI: nazionalità italiana - nati all'estero
Totale	63.788	8.013	5.492	2.521
0-9anni	8.120	1.624	1.119	505
10-19anni	5.212	611	418	193
20-29anni	6.791	1.657	1.269	388
30-39anni	7.836	1.792	1.265	527
40-49anni	6.940	1.034	672	362
50-59anni	7.282	677	394	283
60-69anni	6.675	315	183	132
70-79anni	7.600	210	128	82
80-89anni	6.038	86	40	46
90-99anni	1.280	7	4	3
Centenari	14	0	0	0

Figura n. 27: accessi in Pronto Soccorso in base a genere e nazionalità (gennaio-ottobre 2019).

SESSO	Accessi DEA	di cui STRANIERI	STRANIERI: nazionalità non italiana	STRANIERI: nazionalità italiana - nati all'estero
Totale	63.788	8.013	5.492	2.521
F	32.058	4.253	2.912	1.341
M	31.730	3.760	2.580	1.180

Figura n. 28: accessi in Pronto Soccorso in base a codice colore e nazionalità (gennaio-ottobre 2019).

Area Competenza	Accessi DEA	di cui STRANIERI	STRANIERI: nazionalità non italiana	STRANIERI: nazionalità italiana - nati all'estero
Totale	63.788	8.013	5.492	2.521
GINECOLOGIA	5.763	1.287	982	305
ORTOPEDIA	9.199	829	507	322
PEDIATRIA	10.443	1.901	1.304	597
PS-AREA A	38.383	3.996	2.699	1.297

Coerentemente con questi dati si possono leggere quelli relativi al Centro Salute Donna.

Figura n. 29: accessi al Centro Salute Donna per area e nazionalità (1 gennaio-31 ottobre 2019).

Ambulatorio	Prestazione	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
		3.590	1.492	250	1.242
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	PRIMA VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA IN GRAVIDANZA	17	7	1	6
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	VISITA BILANCIO DI SALUTE	541	181	21	160
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	VISITA GINECOLOGICA POST-PARTUM	178	71	11	60
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	VISITA OSTETRICA	61	16	1	15
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	27	5	1	4
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	71	30	4	26
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	VISITA PER GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	391	185	28	157
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLÓGICA	VISITA PER GRAVIDANZA FISIOLÓGICA DI CONTROLLO	1.054	497	68	429
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	CARDIOTOCOGRAFIA PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	25	11	1	10
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	ECOGRAFIA OSTETRICA II LIVELLO PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	14	9	1	8
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	VISITA OSTETRICA	38	10	2	8
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	931	383	89	294
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	242	87	22	65

Figura n. 30: accessi al Centro Salute Donna per area e nazionalità fino a 10 accessi (1 gennaio-31 ottobre 2019).

Ambulatorio	Prestazione	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
		3.590	1.492	250	1.242
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	PRIMA VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA IN GRAVIDANZA	17	7	1	6
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	VISITA BILANCIO DI SALUTE	541	181	21	160
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	VISITA GINECOLOGICA POST-PARTUM	178	71	11	60
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	VISITA OSTETRICA	61	16	1	15
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	27	5	1	4
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	71	30	4	26
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	VISITA PER GRAVIDANZA FISIOLOGICA	391	185	28	157
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	VISITA PER GRAVIDANZA FISIOLOGICA DI CONTROLLO	1.054	497	68	429
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	CARDIOTOCOGRAFIA PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	25	11	1	10
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	ECOGRAFIA OSTETRICA II LIVELLO PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	14	9	1	8
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	VISITA OSTETRICA	38	10	2	8
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	931	383	89	294
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	242	87	22	65

In base all'IPS, l'Indice di Performance Sanitaria Demoskopika²⁴, nel 2017 il Piemonte registra un buon livello di performance dal punto di vista della soddisfazione espressa da un ampio campione di intervistati, rappresentativo per provincia, rispetto ai servizi sanitari (VI posto nazionale).

Per quanto riguarda i LEA il monitoraggio ministeriale tramite "Griglia LEA" vede il Piemonte storicamente ben posizionato in Italia rispetto ai 33 indicatori ripartiti tra attività di prevenzione, sanità pubblica, assistenza distrettuale e ospedaliera, con risultati apprezzabili soprattutto in quest'ultima batteria^{25, 26}.

La Regione Piemonte però in un anno retrocede dal primo al quarto posto: passano avanti Veneto, Toscana ed Emilia. Il Piemonte ha registrato nel 2019 218 punti sui 225 massimi, mentre lo scorso anno era in testa con 221.

La misurazione e la valutazione comparativa degli esiti degli interventi sanitari sono considerate strategie fondamentali per promuovere la qualità e l'equità dell'assistenza sanitaria. L'AO S.Croce e Carle di Cuneo aderisce al Piano Nazionale Esiti (PNE)²⁷. I dati degli indicatori prescelti sono pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente²⁸.

quale strumento di valutazione a sostegno dell'appropriatezza clinico organizzativa delle ASR in quanto offre una metodologia e degli indicatori validati attraverso i quali auto monitorare lo stato dei processi aziendali selezionati e di effettuare benchmarking.

²⁴ <http://www.regione.puglia.it/web/ufficiostatistico/-/demoskopika-indice-di-performance-sanitaria-anno-2017?categoryName=Demoskopika+.+Indice+di+Performance+Sanitaria.+Anno+2017&areaTematica=>

²⁵ <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/notizie-87209/notizie-dall'assessorato/6318-29-9-2018-griglia-lea-il-piemonte-si-conferma-ai-vertici-della-sanita-nazionale>

²⁶ Elaborazioni 2017 del Ministero della Salute

²⁷ <http://95.110.213.190/PNEed15/>

²⁸

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

Come richiesto dalla Legge di stabilità 2015 vengono pubblicati alcuni di questi indicatori sull'area del sito Amministrazione Trasparente nell'apposita sezione²⁹.
Dal 2017 tali indicatori sono stati altresì inseriti negli obiettivi annuali assegnati ai direttori delle strutture interessate e costantemente monitorati attraverso specifici cruscotti direzionali.

Figura n. 31: numero di parti cesarei e % sul totale dei parti (gennaio-ottobre 2019). Obtv 68.

Anno 2019 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Parti cesareo
	RO	DRG parto	215	1.301	16,53%

Indice in miglioramento rispetto ad analoga rilevazione nell'anno precedente.

Figura n. 32: tempestività interventi a seguito di frattura di femore per pazienti con età ≥ 65 anni (gennaio-ottobre 2019). Obtv 11.

Anno 2019 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Intervento entro 2 gg
	RO	Frattura collo del femore	140	227	61,67%

Anno 2019 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Intervento entro 48 h
	RO	Frattura collo del femore	114	227	50,22%

Il mancato rispetto dello standard richiesto (70%) è da addebitarsi alla marcata carenza di personale della dirigenza medica della SC Ortopedia (- 4 dirigenti medici).

Figura n. 33 tempestività nell'effettuazione degli interventi per frattura tibia/perone (gennaio-ottobre 2019). Obtv 71.

Anno 2019 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Intervento entro 30 gg	Gg attesa medi (tra intervento e ricovero)	Gg attesa MAX
	RO	Frattura tibia/perone	36	36	100,00%	3,92	10

Indice in miglioramento rispetto ad analoga rilevazione nell'anno precedente

Figura n. 34 tempestività nell'effettuazione di PTCA30 nei casi di IMA31-STEMI (gennaio-ottobre 2019). Obtv 31.

Anno 2019 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% PTCA entro 2 gg
	RO	STEMI	115	121	95,04%

Figura n. 35: degenza post operatoria per Colectomia Laparoscopica (gennaio-ottobre 2019).

Anno 2019 (gen-ott)	Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Degenza post operatoria inferiore a 3 gg
	RO	Colectomia Laparoscopica	62	77	80,52%
	DH	Colectomia Laparoscopica	148	148	100,00%
	TOTAL E		210	225	93,33%

Dati in linea con analogo periodo anno precedente.

²⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1083>

³⁰ Angioplastica percutanea

³¹ Infarto miocardico acuto

Specifico monitoraggio è presente a livello regionale attraverso il progetto P.Re.Val.E³².

Il Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari della Regione Piemonte è curato dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3 ed è realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP). Il P.Re.Val.E. Piemonte contiene informazioni relative alle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali. Il lavoro sviluppato con P.Re.Val.E. Piemonte è da considerare come parte integrante del Programma Nazionale Esiti (PNE), gestito da AgeNaS per conto del Ministero della Salute, individuato come strumento per la valutazione degli esiti delle cure del Sistema Sanitario Nazionale. Con la pubblicazione di questi indicatori, la Regione Piemonte intende dotarsi di uno strumento di governo trasparente, sulla base del quale riorientare e migliorare il sistema sanitario regionale. Inoltre, intende fornire alle aziende sanitarie uno strumento operativo di monitoraggio tempestivo della qualità delle cure erogate.

I dati vengono altresì resi visibili sia in forma numerica che statistica. In relazione a indicatori di esito, attraverso il confronto con media regionale - aggiustamento per genere, età e comorbidità ed ai tempi di attesa.

Ambiti di miglioramento informativo e di tracciabilità dei percorsi clinico assistenziali riguarderanno:

- ❖ Utilizzo dei nuovi campi della nuova SDO. (es. CF operatore, procedure tempodipendenti in ore e non in giorni)
- ❖ Ampliamento del numero di indicatori per una migliore copertura dei diversi settori clinici.
- ❖ Sviluppo di indicatori integrati con il flusso della farmaceutica, della salute mentale e cure domiciliari (ADI).
- ❖ Transizione da indicatori qualità delle cure a indicatori di qualità di vita (es. esiti funzionali post-artroprotesi, prostatectomia, mastectomia).
- ❖ Sviluppo di sistemi per tracciare i percorsi dei pazienti anche al fine di stratificare i livelli di complessità degli ospedali (hub e spoke).

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

Assegna in **outsourcing** una serie di servizi, in modo particolare attraverso la Società Partecipata AMOS s.c.r.l di cui è rappresentante maggioritario insieme ad altre ASR. I servizi assegnati in house providing sono pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente³³.

In modo particolare continueranno ad essere assegnati i seguenti servizi logistico – alberghieri, tecnici e amministrativi di supporto all'attività sanitaria: a) servizio ausiliario di assistenza alla persona b) servizi amministrativi di supporto alle prestazioni di diagnostica del Dipartimento Radiologico, all'attività di data entry afferente alla S.S. Controllo di Gestione, di supporto agli ambulatori di Libera Professione, di supporto all'attività didattica - formativa delle SS.SS. Formazione e Valutazione Operatori e Di.p.Sa. (C.L.P.S.), di supporto alle sperimentazioni cliniche c) servizi logistico - alberghieri di movimentazione persone, materiali e beni d) servizi logistici di supporto alla gestione dei magazzini aziendali, incluso autotrasporto materiale e) servizio di accoglienza e informazione al pubblico f) servizio di help desk ed assistenza pc g) servizio di gestione delle camere mortuarie k) servizio di accettazione – cassa per le prestazioni ambulatoriali nei due Presidi ospedalieri.

Per quanto riguarda il servizio verifiche sicurezza elettrica non è più affidato ad Amos in quanto è attiva una convenzione di SCR Piemonte cui l'Azienda ha aderito. La gestione del servizio di prenotazione telefonica (Call Center) è affidata ad Amos, per ora, fino al 30 giugno 2020: anche qui l'A.O. ha aderito ad una convenzione regionale per questo servizio.

³² <http://95.110.213.190/prep2018/index.php>

³³ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/enti_controllati/societa_partecipate/

Figura n. 36: attività ambulatoriale al 31.10.2019 (dove per altre prestazioni si intendono quelle effettuate dal Lab. Analisi, Radiologia, Med. Nucleare, Anatomia Patologica e che non sono riconducibili a visite.

Tipo	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
ALTRE PRESTAZIONI	1.283.317	114.437	8.191	106.246
PRIMA VISITA	81.149	8.080	2.341	5.739
VISITA DI CONTROLLO	76.370	7.079	2.374	4.705
Totale complessivo	1.440.836	129.596	12.906	116.690

Figura n. 37: attività ambulatoriale analizzata per genere al 31.10.2019.

SESSO	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
F	760.402	83.932	8.038	75.894
M	680.434	45.664	4.868	40.796
Totale complessivo	1.440.836	129.596	12.906	116.690

Figura n. 38: attività ambulatoriale analizzata per nazionalità al 31.10.2019 (fino a 1000 accessi).

CITTADINANZA_DESC	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
Totale complessivo	1.440.836	129.596	12.906	116.690
ALBANIA	22.681	22.681	-	22.681
ROMANIA	21.253	21.253	-	21.253
MAROCCO	14.094	14.094	-	14.094
ITALIA	1.324.146	12.906	12.906	-
FRANCIA	7.120	7.120	-	7.120
COSTA D'AVORIO	6.337	6.337	-	6.337
FILIPPINE	3.781	3.781	-	3.781
NIGERIA	2.920	2.920	-	2.920
CINA REPUBBLICA POPOLARE	2.744	2.744	-	2.744
ARGENTINA	2.461	2.461	-	2.461
BRASILE	2.259	2.259	-	2.259
INDIA	1.830	1.830	-	1.830
RUSSIA	1.527	1.527	-	1.527
MOLDAVIA	1.279	1.279	-	1.279
SENEGAL	1.232	1.232	-	1.232
GHANA	1.132	1.132	-	1.132

CITTADINANZA_DESC	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
REPUBBLICA DOMINICANA	1.120	1.120	-	1.120
PERU'	1.069	1.069	-	1.069
CAMERUN	1.042	1.042	-	1.042
TUNISIA	1.008	1.008	-	1.008

La regolazione dei rapporti sono di volta in volta richiamati negli appositi provvedimenti e valutati, dal punto di vista amministrativo, su un campione significativo, dal Collegio Sindacale.

Il funzionamento dell'amministrazione in generale è contenuto nell'Atto Aziendale e nel Piano di Organizzazione³⁴ e altresì condiviso con la popolazione relativamente alle informazioni di maggiore interesse nelle apposite aree del portale aziendale^{35 36}.

La Regione Piemonte ha ridefinito la propria rete ospedaliera con D.G.R. n. 1-600/2014 e n. 1-924/2015. Le ASR piemontesi sono quindi state chiamate a ridefinire il proprio Atto Aziendale al fine di dare completa attuazione, in merito alla rimodulazione della rete ospedaliera, nei termini di efficienza, appropriatezza ed equità, con particolare riferimento alla rideterminazione del numero di discipline e relativi posti letto. L'A.O. S. Croce e Carle di Cuneo ha quindi predisposto il nuovo Atto Aziendale, in ottemperanza alle disposizioni normative citate, che è stato definitivamente approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. n. 53-2487 del 23.11.2015.

Il processo di revisione dell'Atto Aziendale si è concluso con l'approvazione aziendale con deliberazione n. 358 del 09.10.2017 ed è stato definitivamente approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 38-5982 del 24.11.2017.

Con lettera protocollata del 7.10.2019 è stato revocato il provvedimento di sospensione dei provvedimenti di attuazione degli Atti Aziendali, a parziale riforma della nota regionale prot. 133370 del 28.06.2019. esaurita la prima fase di monitoraggio dei livelli organizzativi ed operativi delle ASR. È dunque possibile, per tutte le ASR tranne 2, consentire la completa definizione degli Atti Aziendali.

Nel corso dell'anno 2020 si procederà alla modifica del sopracitato atto aziendale, approvato con provvedimento n. 358 del 09.10.2017, con contestuale modifica dell'Organigramma, del Piano di Organizzazione e del Documento relativo alla Dotazione organica del personale.

3.4 Organizzazione

L'organigramma è pubblicato nell'apposita area del portale³⁷.

Nel corso del 2020 verranno apportate alcune modifiche all'Atto Aziendale all'interno del Dipartimento di Emergenza ed aree critiche.

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo è coerente con le indicazioni normative vigenti e tiene conto del ruolo di Ospedale di riferimento dell'Area sovra zonale Piemonte sud-ovest, coincidente con la provincia di Cuneo (popolazione ammontante a circa 600.000 abitanti).

L'Azienda si articola in:

- a. una Direzione Aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- b. due sedi ospedaliere;

³⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/disposizioni_generali/atti_generali/

³⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/ospedale/reparti_servizi_ambulatori/?no_cache=1

³⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/>

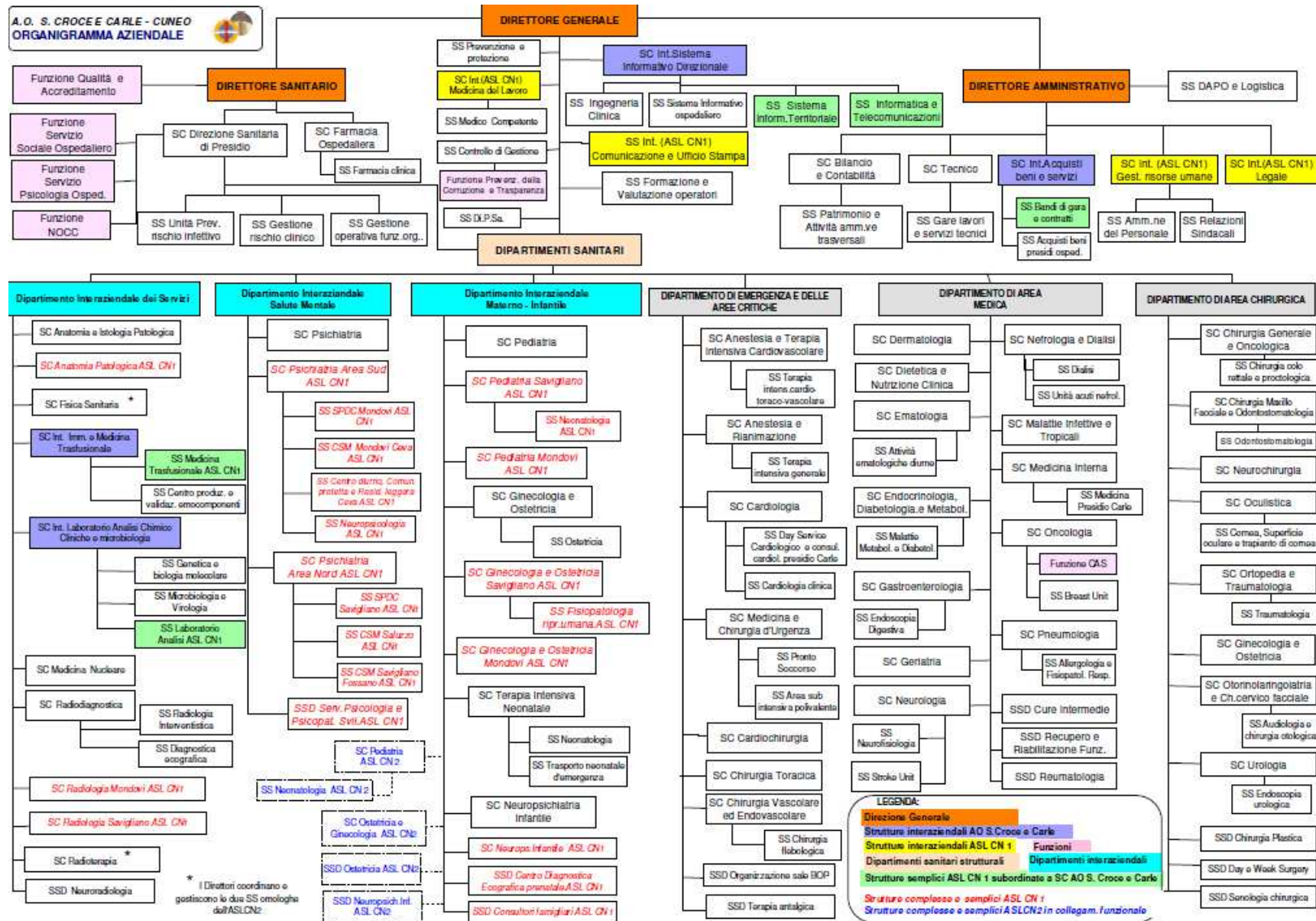
³⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

- c. dipartimenti strutturali, caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie; alcuni dipartimenti sono "interaziendali" con le ASL territoriali;
- d. aree organizzative degenziali o di servizi, prevalentemente dipartimentali, per la condivisione di spazi, personale e attrezzature omogenei;
- e. strutture complesse corrispondenti, per i settori medico e sanitario, alle discipline di cui al D.M. 30.01.1998 e ss.mm.ii., e strutture amministrative, tecniche, gestionali e di staff;
- f. strutture semplici dipartimentali, per le discipline di cui al D.M. 30.01.1998 e ss.mm.ii. e i settori di attività, la cui complessità organizzativa non giustifica la presenza di struttura complessa;
- g. strutture semplici, quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse;
- h. strutture di staff, quali articolazioni incaricate di funzioni di indirizzo e controllo in staff alla Direzione Aziendale
- i. funzioni, collocate all'interno di strutture semplici o complesse, a cui competono specifiche aree di competenza.

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

L'Azienda si articola in:

- due sedi ospedaliere;
- dipartimenti strutturali, caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- aree organizzative degenziali o di servizi, prevalentemente dipartimentali, per la condivisione di spazi, personale e attrezzature omogenei;
- Strutture complesse corrispondenti, per i settori medico e sanitario, alle discipline di cui al D.M. 30.01.1998 e s.m.i., e Strutture amministrative, tecniche, gestionali e di staff;
- strutture semplici dipartimentali, per le discipline di cui al D.M. 30.01.1998 e s.m.i. e i settori di attività, la cui complessità organizzativa non giustifica la presenza di struttura complessa;
- strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse;
- strutture di staff quali articolazioni incaricate di funzioni di indirizzo e controllo in staff alla Direzione Aziendale.



Nel 2020 continuerà la sperimentazione di alcune forme di “organizzazioni flessibili”, come in occasione della creazione di posti letto specifici per far fronte alle possibili esigenze sanitarie prevedibili per la stagione invernale 2019-2020³⁸.

Nel 2020 proseguirà il lavoro cominciato a fine 2018 relativamente all'aggiornamento di gruppi di lavoro, comitati e commissioni aziendali ed interaziendali importanti per la realizzazione della performance programmata³⁹.

3.5 Personale

All'interno della relazione redatta dal Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG)⁴⁰ sono presentati alcuni dati relativi ai dipendenti dell'AO S.Croce e Carle di Cuneo. Da questa edizione, così come previsto dalle Linee Guida 2 emanate nell'estate 2019 dal DFP, sarà allegato al presente documento il Piano di Azioni Positive elaborato dal CUG all'interno del quale si trovano dati di dettaglio relativi ai dipendenti.

Sinteticamente, per dare un'idea della composizione degli operatori si riportano i dati seguenti.

Figura n.39 : Dipendenti al 31.12.2019 analizzati tra dirigenza e comparto.

Totale dipendenti		2292
Numero dirigenti o equiparati		482
Numero non dirigenti o equiparati		1810
Numero dipendenti in comando da altre ASR		5

Figura n.40: Dipendenti al 31.12.2019 analizzati per fascia di età, inquadramento e genere.

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
totale	35	145	190	177	71	105	373	574	567	55
% sul personale complessivo	1,53	6,33	8,29	7,72	3,10	4,58	16,27	25,04	24,74	2,40
dirigenza medica SC			5	7	13			1		1
dirigenza medica SS		1		14	12			2	6	2
dirigenza medica	1	54	62	52	22		71	63	40	7
dirigenza sanitaria SC			1		1			1		
dirigenza sanitaria SS					1					
dirigenza sanitaria		4	2	1			4	12	4	1
dirigenza pta - SC									1	1

³⁸ Delibera n. 504 del 12.12.2018 http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/Piano_Emregenza_Influenza.pdf

³⁹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/disposizioni_generali/atti_generali/

⁴⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

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 pta - SS			1	2	1			1	1	1
dirigenza pta			1	2	1			1		
comparto - sanitario posizione		1	4	4	3		8	9	36	5
comparto -tecnico/prof posizione				9				1		
comparto -amm.vo posizione		1	1	1				4	11	1
comparto - sanitario	28	72	70	36	7	102	275	393	313	9
comparto - tecnico/prof.	6	11	38	44	8	2	12	57	84	18
comparto - amministrativo		1	5	5	2	1	3	29	71	9

Il tasso di presenza e assenza del personale dipendente rilevato mensilmente viene pubblicato sull'apposita area dell'Amministrazione Trasparente⁴¹, così come gli altri dati previsti per la pubblicazione (consulenti e collaboratori, personale a tempo indeterminato).

Nel 2019 è stato elaborato il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale relativamente al triennio 2019 - 2021, approvato con deliberazione n. 281 del 31.05.2019, nell'ambito del tetto di spesa e delle disposizioni regionali in materia di assunzione del personale. In sintesi il Piano prevede, nell'ambito del tetto di spesa e delle disposizioni regionali in materia di assunzione del personale, della necessità di:

- sostituzione del turn-over, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
- acquisizione di risorse per fronteggiare stabilmente le esigenze di servizio e garantire l'espletamento delle attività connesse alla riorganizzazione aziendale;
- sostituzione di assenze dal servizio di lunga durata;
- ottemperanza alle disposizioni in materia di assunzioni obbligatorie (legge 68/1999).

Il Piano verrà costantemente aggiornato in considerazione delle esigenze aziendali e dell'atteso Decreto contenente le linee di indirizzo previste dall'articolo 6-ter del Decreto Legislativo n. 75/2017 o a seguito dell'emanazione di nuove disposizioni regionali in materia di assunzioni.

Per quanto riguarda il tetto del Costo di Personale: la spesa 2020 per il personale dipendente e dei contratti atipici (collaborazioni coordinate e continuative, consulenze) dovrà essere in linea con la spesa dell'anno 2019, anche in applicazione della norma nazionale sul costo del personale che non può superare quello dell'anno 2004 diminuito del 1,4%. Non si potrà superare il tetto di spesa aziendale individuato sul bilancio preventivo economico per l'anno 2020, fatto salvo per la spesa relativa al contratto della Dirigenza Medica, a cui la Regione Piemonte assegnerà un finanziamento dedicato.

Ulteriori dati relativi alla gestione del personale possono essere consultati nella documentazione CUG⁴² che, come previsto dalle LG2/2019 DFP diventano parte integrante del presente documento.

⁴¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=269>

⁴² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

Inoltre, per una corretta rappresentazione del grado di assorbimento di risorse connesse con le attività oggetto del ciclo della performance, è opportuno indicare anche il personale non dipendente che opera presso l'amministrazione, sulla base di incarichi di consulenza. I dati sono presenti nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁴³ ed i costi relativi alle collaborazioni e incarichi libero-professionali dell'anno 2019 sono visibili alla voce di Bilancio B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato.

Amos srl per lo svolgimento dei servizi esternalizzati in house dalla nostra azienda ospedaliera alla data del 31 dicembre 2019 risulta avere in organico n. 560 dipendenti. Il fatturato complessivo relativo a detti servizi nell'anno 2019 è di Euro 16.346.300,00.

3.6 La gestione del bilancio

Il Piemonte è nelle 5 regioni che il Ministero della Salute ha selezionato come "benchmark". Ossia per fare da riferimento per "i costi standard", da utilizzare nel riparto del Fondo sanitario nazionale. Con il risanamento dei conti e l'uscita dal Piano di rientro, il Piemonte diventa sempre più un punto di riferimento per la sanità nazionale.

Come emerge dai dati pubblicati nell'apposita area web relativa agli indicatori di tempestività dei pagamenti, l'andamento degli stessi registra una situazione molto soddisfacente nel corso dell'anno 2019 con valori che rientrano ampiamente nel termine massimo di pagamento fissato in 60 giorni, come riconosciuto anche a livello regionale e che si intende mantenere nell'anno successivo.

La predisposizione del bilancio di previsione 2019 entro il 31 gennaio⁴⁴ e del bilancio di verifica entro il 30 aprile dell'anno successivo parte dal recepimento, da parte della S.C. Bilancio e Contabilità, delle informazioni relative ai costi e ai ricavi provenienti dalle altre strutture aziendali.

Per quel che riguarda la previsione annuale, si tratta di evidenziare una spesa presunta, generalmente prevedendo una percentuale di incremento rispetto all'anno precedente.

Sul fronte delle entrate, è necessario anzitutto recepire ed analizzare le indicazioni regionali inerenti la rilevazione contabile in oggetto; in secondo luogo è necessario, sentito ed acquisito il parere della S.S. Controllo di gestione, stimare la produzione aziendale (ricoveri e specialistica ambulatoriale) di un determinato periodo, compatibilmente con i livelli di finanziamento autorizzati dalla Regione Piemonte.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 31-877 del 23.12.2019 la Regione Piemonte ha assegnato le risorse definitive per l'anno 2019 a valere sul Fondo Sanitario Regionale Indistinto, ad integrazione e/o rettifica delle risorse provvisorie assegnate con DGR n. 23-8257 del 27.12.2018.

Il bilancio per l'anno 2019 si chiuderà con il conto economico in pareggio non appena la Regione renderà disponibili le somme accantonate per finanziare gli investimenti in conto esercizio, mentre le risorse provvisoriamente assegnate per l'anno 2020 consentono un pareggio di bilancio tramite un piano orientato al riequilibrio dei costi iscritti in bilancio e a reperire maggiori entrate derivanti da un aumento della produzione ospedaliera di ricoveri, day hospital e attività ambulatoriale, oltre all'attività connessa al nuovo laboratorio unico.

Alla luce delle assunzioni effettuate nel mese di dicembre 2019, per l'esercizio 2020 sarà necessario monitorare attentamente i costi del personale, auspicando un ulteriore aumento della produzione sanitaria, per cercare, dal punto di vista economico, di puntare all'equilibrio di bilancio.

Come già accennato in precedenza, a livello contabile e di Bilancio, la Regione Piemonte tramite proprie Delibere di Giunta fornisce alle Aziende Sanitarie le indicazioni regionali inerenti il riparto delle risorse economiche assegnate, compresi i contributi per investimenti. A fine dicembre 2019 è stato nominato il nuovo Direttore della Sanità regionale che proviene dalla S.C. Bilancio e Contabilità dell'ASLCN1.

⁴³ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/consulenti_e_collaboratori/

⁴⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=945>

La Regione autorizza inoltre i livelli di finanziamento della produzione aziendale di un determinato periodo, dato fondamentale per la predisposizione del Bilancio di esercizio.

Sia trimestralmente che in sede poi di chiusura del Bilancio Consuntivo occorre caricare i dati contabili sulla piattaforma regionale FEC (Flussi economici e contabili delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere) riportanti i saldi di Bilancio d'esercizio conto economico e stato patrimoniale di consuntivo con aggiornamenti trimestrali del Conto Economico.

Il compito dei referenti dei settori "Costi e ricavi" è quello di recepire e analizzare i dati elaborati giungendo ad un prospetto contabile che tenga conto sia dei dati disponibili sul bilancio, sia delle indicazioni fornite dalle strutture aziendali. Il prospetto elaborato deve essere analizzato e discusso con la Direzione Generale, la quale formulerà eventuali osservazioni e richiederà chiarimenti laddove non risultasse completamente chiara la situazione economico-finanziaria e i motivi di determinate scelte.

Generalmente, insieme ad ogni rilevazione contabile la S.C. Bilancio e Contabilità predispone anche una breve relazione dei fatti di gestione che hanno condotto a determinati risultati.

Lo stato patrimoniale, viceversa, viene compilato dalle aziende solamente alla chiusura di esercizio, cioè solo unitamente al bilancio consuntivo.

Per la redazione del bilancio consuntivo, per molti aspetti vengono effettuate le stesse operazioni descritte per la predisposizione dei bilanci di verifica. Il bilancio consuntivo comporta, tuttavia, la necessità di predisporre dei prospetti più specifici e più dettagliati, nonché la compilazione dello Stato Patrimoniale e della Nota Integrativa, documenti che non sono richiesti né per il bilancio di previsione, né per i rendiconti trimestrali.

La predisposizione del Bilancio Consuntivo parte dalla redazione dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico dell'azienda, al fine di definire la situazione finanziaria ed economica.

Il processo finale riguarda la determinazione del risultato aziendale, certificando l'equilibrio o il disequilibrio della gestione dell'Azienda.

A questo punto, all'azienda spetta il compito di predisporre un fascicolo di bilancio che deve contenere, oltre ai prospetti contabili richiesti dal codice civile (Conto Economico e Stato patrimoniale), anche la Nota Integrativa e la relazione sulla gestione da parte del Direttore Generale.

Tale fascicolo deve essere preventivamente controllato (controllo formale) dall'Ufficio preposto presso l'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, e successivamente, dopo aver risposto ad eventuali osservazioni, trasmesso alla Giunta Regionale per l'approvazione definitiva.

Il Collegio Sindacale, con la sua attività di verifica effettuata sugli enti dei servizi sanitari regionali, attraverso la redazione delle relazioni-questionario sulla base di linee guida predisposte dalla Corte dei conti, Sezione delle autonomie, costituisce un rilevante momento delle attività delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei Conti.

Si tratta di un collaudato modello di controllo, basato sulla sinergica collaborazione tra la Corte dei conti e gli organi di controllo interno delle amministrazioni territoriali e degli enti del Servizio sanitario nazionale (cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 198/2012). Lo strumento del questionario consente alle Sezioni regionali della Corte dei conti e agli organi di revisione degli enti sanitari di disporre di un percorso di verifica uniforme, che pone in rilievo aspetti particolarmente significativi della gestione degli enti sanitari, caratterizzata da elevata complessità e di grande incidenza sulla finanza pubblica.

La finalità del questionario è quella di rilevare il complessivo rispetto degli equilibri economico-patrimoniali e finanziari degli enti sanitari, rispetto che costituisce elemento imprescindibile della gestione degli enti sanitari e rappresenta altresì elemento particolarmente qualificante della valutazione del collegio sindacale. Deve essere sottolineato, d'altro canto, che il mantenimento degli equilibri di bilancio costituisce anche una garanzia per la continuità nell'erogazione di un servizio essenziale come quello della tutela della salute.

Ai compilatori del questionario si chiede, inoltre, di verificare la coerenza tra i dati del bilancio d'esercizio e quelli del modello C.E. (Conto economico), e di verificare la conformità dei dati dello stato patrimoniale con quelli del modello allegato alla nota integrativa.

Un ulteriore invio di dati alla Corte dei Conti avviene attraverso il portale SIRECO il sistema informativo per la resa elettronica dei conti giudiziali, che attraverso una piattaforma web permetterà di dematerializzare e semplificare il deposito dei documenti degli agenti contabili presso le Sezioni giurisdizionali regionali della Corte.

L'obiettivo dichiarato dalla Corte dei conti è quello di costruire un vero e proprio supporto di tipo conoscitivo all'esame dei conti giudiziali. E per realizzare questo, il sistema è stato suddiviso nelle seguenti fasi:

- la registrazione sul sito istituzionale, in apposita area dedicata, dei soggetti tenuti al deposito del conto;
- la progressiva alimentazione on line di un'anagrafica degli agenti contabili;
- l'autenticazione e la trasmissione in forma digitale dei conti giudiziali;
- l'acquisizione dei conti giudiziali nei Sistemi informativi della Corte dei conti.

L'iniziativa è legata al progetto di dematerializzazione e semplificazione del deposito dei conti giudiziali degli agenti contabili presso le Sezioni giurisdizionali regionali della Corte.

Il nuovo sistema informativo per la resa elettronica dei conti è disponibile con link servizi.giurisdizione.corteconti.it. Dunque si comunica a tutti gli utenti che l'unico canale di autenticazione di accesso ai servizi digitali della Corte dei conti sarà SPID.

I dati di bilancio sono pubblicati nella sezione Bilanci⁴⁵ dell'Amministrazione Trasparente.

Dall'anno 2014 con l'introduzione dell'obbligo di fatturazione in forma elettronica nei confronti delle Amministrazioni dello Stato la legge ha stabilito che la trasmissione delle fatture elettroniche destinate alle Amministrazioni dello Stato deve essere effettuata attraverso il Sistema di Interscambio (SdI), sistema informatico di supporto al processo di "ricezione e successivo inoltro delle fatture elettroniche alle amministrazioni destinatarie".

Per adempiere a tale disposizione la nostra Azienda si è appoggiata al Nodo Telematico di Interscambio (NoTI-ER) per le P.A. sviluppato dalla Regione Emilia-Romagna.

NoTI-ER è un'infrastruttura tecnologica messa a disposizione degli Enti per gestire la dematerializzazione, la trasmissione e l'invio in conservazione delle Fatture Elettroniche interfacciandosi con L'Ente stesso e il Sistema di Interscambio dell'Agenzia delle Entrate (SdI).

Ovviamente è possibile anche l'accesso diretto allo SdI al fine di visualizzare i dati dei documenti effettivamente trasmessi e ricevuti.

Le fatture elettroniche inviate alla PA, una volta acquisite dal SDI, oltre che trasmesse alla PA destinataria vengono altresì comunicate alla piattaforma per la certificazione dei crediti PCC, una piattaforma telematica sviluppata e gestita da Sogei Spa, accessibile via web e messa in opera per consentire il rispetto dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni.

Accedendo alla PCC, è possibile verificare lo stato delle fatture elettroniche trasmesse alla PA, rilevando che i diversi stati possono essere i seguenti:

- Inviata: la fattura è stata trasmessa dal fornitore, ed è lo SDI a comunicare alla PCC la suddetta informazione;
- Ricevuta: la fattura è pervenuta alla PA, ed è lo SDI a comunicare alla PCC la suddetta informazione;
- Respinta: la fattura è stata rifiutata dalla PA, ed è lo SDI a comunicare alla PCC la suddetta informazione. E' rilevante osservare che quando la PA "rifiuta" entro i 15 giorni dalla ricezione una fattura elettronica tramite la emissione di una "Notifica di esito cessionario/committente di rifiuto", questa informazione viene rilevata in PCC, ed è questo il motivo per cui molte PA (soprattutto le PA locali che non impiegano il sistema SICOGE) richiedono la riemissione della medesima fattura elettronica previa rettifica dell'errore (e.g. la descrizione in fattura non è corretta, etc);
- Contabilizzata: la fattura è stata rilevata nel sistema contabile della PA, con indicazione dell'importo liquidato, sospeso e/o non liquidabile;
- In scadenza: sono trascorsi i termini di scadenza desumibili dalla fattura, dato che i termini di pagamento indicati in fattura sono acquisiti dalla PCC come "date di scadenza presunte"

⁴⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/bilanci/
Pagina 37 di 68

- ed hanno valore puramente indicativo (questo è il motivo per cui talune PA rifiutano le fatture elettroniche quando il campo <DataScadenzaPagamento> è sbagliato);
- Scaduta: la PA ha comunicato che la fattura è scaduta, confermando o modificando i termini desumibili della fattura;
 - Certificata: la fattura è stata inclusa in una certificazione dei crediti;
 - Pagata: la PA ha emesso il mandato di pagamento, dato che le PA comunicano alla PCC, contestualmente all'emissione del mandato di pagamento, l'avvenuto pagamento della fattura.

Un ulteriore strumento predisposto per la rilevazione degli incassi e dei pagamenti effettuati dai tesoriери di tutte le amministrazioni pubbliche tramite ordinativo informatico secondo gli standard emanati dall'AgID è il "Sistema Informativo sulle Operazioni degli Enti Pubblici" SIOPE, lo strumento fondamentale per il monitoraggio dei conti pubblici, attraverso la rilevazione in tempo reale del fabbisogno delle amministrazioni pubbliche e l'acquisizione delle informazioni necessarie ad una puntuale predisposizione delle statistiche trimestrali di contabilità nazionale, ai fini della verifica delle regole previste dall'ordinamento comunitario.

La piattaforma SIOPE+, dopo una fase sperimentale avviata a luglio 2017, è divenuta operativa a gennaio 2018 con l'avvio dei primi enti territoriali, cui seguiranno tutte le altre pubbliche amministrazioni.

SIOPE+ potrà migliorare la qualità dei servizi di tesoreria, favorendo l'ulteriore integrazione tra sistemi contabili degli enti e procedure di pagamento e supportando lo sviluppo di servizi di pagamento digitali. L'adozione di uno standard unico a livello nazionale può favorire l'eliminazione di eccessive personalizzazioni nel rapporto ente – tesoriere rendendo meno onerosa, per le banche l'erogazione di tali servizi, e più contendibile il relativo mercato.

Nel corso del prossimo anno entrerà in vigore l'NSO, un sistema digitale di trasmissione dei documenti, gestito dal Dipartimento della Ragioneria di Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze, integrato con lo Smistamento degli incassi (SIOP+), la Piattaforma Crediti Commerciali (PCC), la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) e con il Sistema di Interscambio (SDI), ossia lo strumento per trasmettere la fattura elettronica. Il decreto dello scorso 7 dicembre 2018, ha stabilito la data del primo ottobre 2019 per l'entrata in vigore – per le sole aziende del SSN, i relativi intermediari e fornitori – dell'obbligo di invio telematico dei documenti riferiti agli ordini di acquisto di beni e servizi e la loro esecuzione.

Inizialmente previsto per il primo ottobre 2019, l'obbligo è stato soggetto a proroga e si prevede la sua ufficializzazione nel febbraio 2020.

Lo scopo è quello di garantire la trasparenza degli approvvigionamenti nel settore della PA ed in particolare monitorare gli acquisti e le spese delle aziende pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che attualmente supera i 100 miliardi di euro l'anno.

Con l'entrata in vigore dell'obbligatorietà dell'NSO per l'e-procurement del SSN sarà maggiormente garantito il monitoraggio dell'andamento della spesa pubblica sanitaria e potranno essere ridotti/evitati sprechi ed inefficienze. Ma non dobbiamo dimenticare che questo nuovo processo impatterà positivamente anche sull'attività dei fornitori, che potranno ridurre le attività manuali di data entry e le percentuali di errori, ottimizzare la propria gestione amministrativa/contabile, ridurre i tempi di ordine/consegna e migliorare il monitoraggio della propria attività commerciale.

3.7 Come operiamo

La strategia dell'Azienda S.Croce e Carle ha, come riferimento fondamentale, i principi enunciati nel Piano Socio Sanitario Regionale, che indica i pilastri fondamentali sui quali l'Azienda basa le proprie scelte e indirizza l'operato dei propri operatori. Tali principi sono:

- a. eguaglianza
- b. imparzialità
- c. continuità
- d. diritto di scelta
- e. partecipazione
- f. efficienza ed efficacia.

Nell'ambito della sua politica per la qualità l'Azienda si impegna a:

1. Garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria di qualità in continuo miglioramento, nel rispetto della normativa.
2. Incrementare ed aggiornare la tipologia delle prestazioni adeguandole tempestivamente ai bisogni di salute emergenti.
3. Ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, umane, tecnologiche, strutturali ed economiche.
4. Promuovere la collaborazione ed i collegamenti col territorio.
5. Implementare linee di comportamento condivise e comuni a tutte le Strutture / Settori.
6. Rispettare i principi etici ed i valori sociali del contesto ambientale.
7. Promuovere la crescita professionale degli operatori.

Nella Carta dei Servizi sono dichiarati gli impegni⁴⁶ ed i fattori di qualità che l'Azienda monitora annualmente.

Coerentemente con le peculiarità di un'azienda ospedaliera per acuti, un peso consistente viene da sempre attribuito agli obiettivi connessi all'appropriatezza: sia quella clinica sia quella organizzativa (es. miglioramento dei tempi di attesa complessivi e delle prestazioni di diagnostica), anche implementando il monitoraggio tramite indicatori previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE) e nella versione regionale P.Re.Val.E⁴⁷.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle è sede del Comitato Etico Interaziendale, organismo di riferimento e supporto anche per ASL CN1, ASL CN2 e ASL di Asti.

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

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 Amedeo Avogadro) ma anche extra-regionali. Nell'ultimo triennio ha implementato la collaborazione con varie Università attraverso la presenza degli studenti tirocinanti provenienti da varie facoltà di area medica e sanitaria.

I rapporti con le Istituzioni del territorio si rivolgono principalmente alla regione Piemonte, all'ASL CN 1 e CN2 ed agli Enti Locali.

Le relazioni con gli Enti Locali si esplicitano attraverso gli incontri con la Conferenza e la rappresentanza dei sindaci⁴⁸. La collaborazione con le associazioni di volontariato si manifesta con progetti condivisi ed integrati e l'organismo ufficiale è rappresentato dalla Conferenza di Partecipazione⁴⁹.

⁴⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/6._Impegni_e_Programmi.pdf

⁴⁷ <http://95.110.213.190/prep2018/index.php>

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

⁴⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

Attraverso la Funzione Assistenza Sociale si garantisce la collaborazione con i Consorzi socio assistenziali soprattutto rispetto ai percorsi necessari agli utenti “fragili” e con i maggiori patronati cittadini⁵⁰.

4 LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

A livello nazionale tra le questioni prioritarie che il mondo della sanità dovrà affrontare nel 2020 quelle che maggiormente riguardano l'ospedalità pubblica sono previste: riforma dei ticket, norme contro la violenza sui sanitari, misure per far fronte alla carenza di medici, fondi integrativi, nuove norme sulle nomine dei manager, riforma delle specializzazioni e della medicina territoriale, parafarmacie, nuove linee guida sui commissariamenti.

Il Patto per la Salute emanato a fine 2019 contiene le linee d'indirizzo per il prossimo biennio che Regioni e Governo dovranno perseguire dando corso a quanto pattuito. Tutte le misure contenute nell'accordo dovranno trasformarsi in provvedimenti concreti e questo comporta un margine significativo di non programmabilità aziendale alla data attuale. Iniziative a livello nazionale potranno avere effetti concreti anche sull'operare delle singole ASR, come la riforma di Aifa, Iss e Agenas, l'unificazione dell'Hta presso un'unica struttura, l'elezione del nuovo presidente di Farmindustria prevista all'inizio dell'estate, interventi sulla governance dei farmaci e dei dispositivi medici. Le linee guida definite a fine 2018 sono rimaste pressoché inapplicate anche per la forte contrarietà delle industrie che, dopo l'accordo sul payback pregresso sottoscritto nel 2019, chiedono la revisione dei tetti di spesa (quello dell'ospedaliera sfonda costantemente l'asticella mentre quello della convenzionata è in avanzo). Si attende di capire il destino del Sunshine Act, approvato dalla Camera ma non al Senato.

Tema caldo anche quello della ricerca dove la volontà è quella di mettere in campo un miglior coordinamento tra i vari enti. Inoltre, dovrà essere risolta la questione del Dlgs applicativo della Legge Lorenzin 3/2018 dato che al suo interno sono state inserite delle incompatibilità molto stringenti per quanto riguarda i rapporti tra professionisti e aziende, soprattutto rispetto alla ricerca non-profit.

Il Patto per la Salute punta all'integrazione di tutti i servizi presenti sul territorio (medici di famiglia, pediatri, infermieri, farmacie, servizi socio assistenziali). Dovranno essere scritte per questo delle linee d'indirizzo ed è prevista la revisione del Dm 70 sugli standard ospedalieri.

È previsto di valutare l'impatto delle linee guida sul Pronto soccorso e del Piano nazionale delle liste d'attesa.

Per quanto riguarda il quadro delle dinamiche nel contesto esterno ed interno e le eventuali riconfigurazioni organizzative occorre ricordare come nella primavera 2019 sia cambiato il quadro politico regionale che al momento della stesura del presente documento non ha ancora terminato la fase di analisi del settore sanità che risente pertanto dell'assenza dei fattori necessari ad una pianificazione puntuale delle proprie linee di azione.

L'attuale Atto Aziendale⁵¹ ha previsto la graduale implementazione dei Dipartimenti sanitari e delle strutture Interaziendali. Sono state discusse internamente e presentate alcune modifiche da attuarsi nel 2020 dopo aver avuto il nulla osta da parte della Regione con lettera protocollata n. 0031652 del 7.10.2019. Verrà modificato l'organigramma in riferimento al Dipartimento di Emergenza ed aree critiche e la descrizione correlata nel Piano di organizzazione.

Sono stati riconfermati i tre Direttori aziendali⁵². Il Direttore Generale⁵³ e il Direttore Amministrativo⁵⁴ sono rimasti gli stessi del mandato precedente.

⁵⁰ http://www.ospedale.cuneo.it/approfondimenti/sportello_sociale/

⁵¹ Delibera n. 358 del 09.10.2017 ed è stato definitivamente approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 38-5982 del 24.11.2017.

⁵² <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/>

⁵³ http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il_direttore_generale/

⁵⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il_direttore_amministrativo/

In data 1.07.2019 ha ricevuto l'incarico di Direttore Sanitario⁵⁵ d'Azienda la dottoressa Monica Reborà⁵⁶, che già ricopriva analogo incarico presso l'ASLTO3, in seguito alle dimissioni da parte della precedente Direttrice Sanitaria⁵⁷.

Come già avvenuto negli anni precedenti l'attuale Direzione aziendale ha predisposto le Linee di indirizzo al fine di mantenere l'operatività piena dell'AO. Queste Linee possono essere considerate il punto di partenza per la programmazione aziendale. Come si evince dal confronto con le Linee⁵⁸ degli anni precedenti alcuni aspetti rimangono sostanzialmente invariati all'interno della programmazione triennale.

Gli obiettivi specifici che l'attuale Direzione intende perseguire nel triennio 2018-2021 e che sono presentati nei criteri guida per l'esercizio 2020 riguardano infatti:

1. la ricerca di integrazione con le altre Aziende Sanitarie Locali presenti nell'area omogenea di appartenenza. Tale integrazione dovrà svilupparsi sia per l'attuazione della rete ospedaliera (mediante applicazione delle previsioni degli atti aziendali e tramite sviluppo delle reti cliniche regionali o territoriali), sia per la qualificazione della rete territoriale, con particolare riferimento alla continuità assistenziale. In particolare, la Regione Piemonte ha inteso affrontare la problematica connessa all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e al contenimento dei tempi di attesa su base sovra zonale, secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale/territorio e di area omogenea, che dovrà essere perseguita nel corso dell'anno 2020, anche in relazione al Piano Annuale per lo Screening (programma n. 4 dell'Area Sovrazonale Piemonte Sud Ovest) e al Piano Locale Cronicità. Per quanto riguarda le reti dei servizi, dovrà proseguire l'integrazione con le Asl territoriali sia per la rete dei laboratori analisi, sia per la rete di medicina trasfusionale.
2. La riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero, come da indicazioni regionali.
In attuazione della D.G.R. n. 17-4817 del 27 marzo 2017 di adozione del "programma regionale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019", l'Area Omogenea di Programmazione Piemonte sud-ovest ha definito un proprio "Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa" che è stato oggetto di monitoraggio da parte della Direzione Sanità della Regione Piemonte. Conseguentemente, nel termine previsto del 31/7/2018, l'ASL CN1 ha provveduto all'inoltro del progetto condiviso nell'ambito dell'Area Omogenea di Programmazione Piemonte sud-ovest contenente il numero di prestazioni ambulatoriali incrementali da erogare da parte dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle per l'annualità 2019 sulla scorta del quale si continuerà nel 2020.
In particolare, la Regione Piemonte ha inteso affrontare la problematica connessa all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e al contenimento dei tempi di attesa su base sovra zonale, secondo una logica di appropriatezza e nella prospettiva di integrazione ospedale/territorio e di area omogenea, che dovrà essere perseguita nel corso dell'anno 2020, anche in relazione al Piano Annuale per lo Screening (programma n. 4 dell'Area Sovrazonale Piemonte Sud Ovest) e al Piano Locale Cronicità. Per quanto riguarda le reti dei servizi, dovrà proseguire l'integrazione con le Asl territoriali sia per la rete dei laboratori analisi, sia per la rete di medicina trasfusionale.
3. Monitorare costantemente, mantenere laddove soddisfacente e aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva dove ancora possibile intervenire.
4. Il perseguimento dell'equilibrio economico finanziario - Vincoli di Finanziamento e di Programmazione Regionale, con particolare attenzione al tetto del personale ed alla gestione dello stesso in relazione alle nuove assunzioni ed alle attuazioni dei rinnovi contrattuali, alla spesa farmaceutica ed al costo di beni e servizi.

⁵⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il_direttore_sanitario/

⁵⁶ Delibera n.250 del 27.05.2019

⁵⁷ Lettera protocollata n.16656 del 22.05.2019

⁵⁸ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/piano_della_performance/

5. Partecipare attivamente alla valutazione prevista dalle verifiche per l'Accreditamento Istituzionale che riprenderanno nel corso del 2020 secondo gli items rivisti nel corso degli anni precedenti.
6. Implementazione delle attività per garantire la miglior sicurezza possibile di utenti e operatori.
7. Sviluppo dei sistemi informativi e di progressiva digitalizzazione
8. Implementazione delle azioni previste dal Piano di miglioramento del grado di umanizzazione

Il piano di monitoraggio prevede una cadenza mensile sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero come indicati nell'allegato A della D.G.R. 26 gennaio 2018, n. 26-6421, nonché un monitoraggio degli indicatori per ciascuna area clinica, relativo agli indicatori elaborati nell'ambito del Programma Nazionale Esiti, come indicato dal Decreto 21/6/2016, uno sull'utilizzo dei trattamenti farmacologici, oggetto di obiettivi regionali.

Tutti gli indicatori di performance vengono misurati secondo le modalità di calcolo degli indicatori di esito ed i criteri indicati nei suddetti provvedimenti regionali.

Le direzioni strategiche dell'ASL CN1, dell'ASL CN2 e dell'AO S. Croce e Carle hanno condiviso nel mese di dicembre 2018, gli scenari e le prospettive analitiche ed operative relative al futuro sviluppo di quanto indicato dalla D.D. 796/2018, delineando il disegno del lavoro di analisi e di programmazione congiunta redatto a seguito dei vari incontri di condivisione delle Aree Omogenee realizzati presso l'Assessorato nei mesi di gennaio e febbraio 2019.

Sono stati effettuati momenti analitici specifici della produzione delle 3 Aziende che include una parte analitica relativa alla produzione per la popolazione residente nel territorio dell'ASL CN1 (ivi inclusa quella erogata dall'AO S. Croce) ed una relativa alla produzione per la popolazione residente nel territorio dell'ASL CN2 (ivi inclusa quella erogata dall'AO S. Croce).

L'analisi presentata nell'ultimo Programma di Integrazione dei Servizi dell'Area omogenea Piemonte Sud Ovest rappresenta il punto di partenza, rivalutato annualmente salvo diverse necessità, alla luce dei seguenti focus:

- Approfondimento del tema dell'appropriatezza delle prestazioni e del *setting* e correlazione dell'offerta ai fabbisogni rilevati
- Valutazione degli scenari futuri non soltanto rispetto alla *mission* propria di ciascuna Azienda ma anche rispetto alle scelte più opportune in termini di sostenibilità, di efficacia ed efficienza in base ad un "focus provinciale unitario"
- Miglioramento dei servizi in termini di affidabilità, sicurezza, accessibilità, equità, attesa, e, più in generale, qualità
- "Fare rete" tra i servizi intraospedalieri, intraterritoriali ed ospedale-territorio, per migliorare i risultati di salute, generare maggiore efficienza e migliorare l'agio degli assistiti nell'uso dei servizi sanitari
- Sviluppare "PDTA integrati ASL-AO-ASL", essendo i PDTA lo strumento più adeguato per la continuità assistenziale e per individuare "prodotti" specifici dei diversi attori assistenziali, correlati alla competenze/responsabilità dei singoli erogatori e misurabili attraverso indicatori di processo e di esito intermedio.

Successivamente alla sottoscrizione degli Accordi, le singole Aziende (ASL CN1-CN2 e A.O.):

- declinano specifici obiettivi strategici da assegnare alle diverse linee di produzione e, ove possibile da collegare ai "meccanismi operativi" interni
- attivano audit e focus group integrati tra professionisti per l'analisi di dettaglio delle criticità e dei potenziali
- implementano e/o rinforzano le logiche e le prassi di rete e di PDTA integrati ASL/AO
- effettuano un monitoraggio degli interventi attivati con la produzione di reportistica periodica.

L'ASL CN1, a cui riferisce l'AO S.Croce e Carle di Cuneo, presenta un livello di produzione con un buon grado di performance e di risultati di salute. Ciò è testimoniato dagli indicatori regionali di varie aree assistenziali, che mettono a confronto le aziende di tutta la Regione.

Nella funzione di “committenza” prevista dalla citata D.D. 796/2018 da parte dell’ASL CN1 verso l’A.O. S. Croce e Carle non può non essere tenuta in considerazione una variabile geografica estremamente significativa: l’A.O. S. Croce costituisce di fatto “il” riferimento per tutta la popolazione residente a Cuneo per attività - sia di ricovero, sia (seppur in parte) anche ambulatoriali – che potrebbero essere erogate dai servizi territoriali ed ospedalieri dell’ASL CN1. Al fine di non innescare inefficienti meccanismi di concorrenzialità tra le due ASR, a fronte delle risorse a disposizione, occorre considerare che il presupposto di inefficienza”, che pesa in primis sull’ASL (considerate le diverse modalità di alimentazione economica della produzione ASL/A.O.) ma in parte anche sull’A.O. S. Croce, non è in alcuna maniera modificabile, se non per la parte di offerta squisitamente ambulatoriale. A tale riguardo potrebbe ipotizzarsi nel futuro un programma mirato a promuovere maggiore appropriatezza nell’uso della specialistica operante nell’area cuneese attraverso ri-disegni dell’offerta integrata (ASL CN1-A.O. S. Croce) per “intensità di cura” e per “PDPA”, già di fatto annoverati come impegni nel futuro “Piano Locale Cronicità”.

Nella prospettiva di maggiore “appropriatezza del setting” – in linea con gli input derivanti dalla D.D. 796/2018 – si incentiverà lo sviluppo delle “reti integrate” che dovranno essere potenziate nelle principali aree di bisogno (patologie acute, quali lo Stroke, e croniche, quali lo Scompenso Cardiaco e la BPCO-Insufficienza Respiratoria e Insufficienza renale), reti per la cui realizzazione l’ASL CN1, congiuntamente all’A.O. S. Croce, si persegue l’implementazione all’interno del Piano Locale Cronicità delle Reti clinico assistenziale.

L’ASL CN1 ha preliminarmente effettuato un’analisi della **mobilità passiva** intraregionale, secondo i criteri definiti dalla D.D. 796 del 30/11/2018, al fine di individuare tutti gli erogatori “esterni” di prestazioni di ricovero per i propri residenti.

Da questa analisi è risultato che, sia in termini di numero di casi che di valore tariffario, nessuna Azienda Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera regionale, escluse quelle dell’Area Omogenea Sud-Ovest, supera lo 0,5% di copertura di fabbisogno dei residenti dell’ASL CN1. L’unica eccezione è costituita dall’A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino, che raggiunge il 3,5% della casistica e il 4,5% del valore, ma circa il 50% di tale casistica ha riguardato discipline non presenti negli ospedali dell’ASL CN1 e nel 25% circa neanche nell’Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle.

Relativamente alla mobilità extraregionale (l’ultimo dato ad oggi disponibile è quello del 2017) la quota è abbastanza contenuta (circa il 4,5-5% del fabbisogno complessivo) ed è in gran parte indirizzata verso istituti di alta specializzazione di rilievo nazionale.

In entrambi i casi precedentemente esposti, la disciplina di gran lunga preponderante è l’ortopedia, principalmente per gli interventi di protesica degli arti inferiori e per gli altri interventi sul ginocchio, seguita dall’area oncologica.

L’Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, che oltre ad essere l’Ospedale di riferimento per l’alta specializzazione costituisce anche l’Ospedale di riferimento territoriale per il Distretto Sud-Ovest, soddisfa circa il 46,5% in termini di casi ed il 47% in termini di valore del fabbisogno complessivo.

Complessivamente, le percentuali di copertura dei residenti soddisfatte direttamente dagli ospedali dell’ASL CN1 e dell’AO S. Croce e Carle, sono:

- Ricoveri di acuzie: quasi il 90% sia in termini di casistica sia di valore tariffario
- Ricoveri di post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione): circa il 36% in termini di casistica e il 33% in termini di valore tariffario. In questo caso, tuttavia, si sottolinea che l’apparente basso livello di copertura è legato al fatto che la maggior parte dei posti letto di riferimento è collocata, come previsto dalla programmazione sanitaria regionale, nelle strutture Private accreditate insistenti nel territorio dell’ASL CN1. Comprendendo anche queste ultime, infatti, il livello di copertura del fabbisogno dei residenti supera il 95%.

Figura n.41: Consumo “storico” di ricoveri per disciplina per residenti ASL CN1.

DISCIPLINA	2018 (gen-giu)					2019 (gen-giu)					2019 vs. 2018				
	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE
01-ALLERGOLOGIA	0	61	0	0	61	0	24	0	1	25	0	-37	0	1	-36
06-CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	10	10	0	0	0	10	10	0	0	0	0	0
07-CARDIOCHIRURGIA	0	167	0	29	196	0	156	0	17	173	0	-11	0	-12	-23
08-CARDIOLOGIA	724	763	14	103	1.604	694	782	12	140	1.628	-30	19	-2	37	24
09-CHIRURGIA GENERALE	1.592	1.050	69	614	3.325	1.667	1.003	77	715	3.462	75	-47	8	101	137
10-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0	0	0	6	6	0	0	0	7	7	0	0	0	1	1
11-CHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	91	91	0	0	0	98	98	0	0	0	7	7
12-CHIRURGIA PLASTICA	0	89	0	38	127	0	97	0	39	136	0	8	0	1	9
13-CHIRURGIA TORACICA	0	161	0	15	176	0	158	0	12	170	0	-3	0	-3	-6
14-CHIRURGIA VASCOLARE	0	468	0	49	517	0	437	0	60	497	0	-31	0	11	-20

DISCIPLINA	2018 (gen-giu)					2019 (gen-giu)					2019 vs. 2018				
	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE
18-EMATOLOGIA	0	286	0	15	301	0	274	0	3	277	0	-12	0	-12	-24
19-MAL.ENDOCR. DEL RICAMBIO E NUTR	33	324	0	41	398	30	299	0	42	371	-3	-25	0	1	-27
21-GERIATRIA	114	592	0	3	709	112	546	0	5	663	-2	-46	0	2	-46
24-MALATTIE INFETTIVE	0	225	0	5	230	0	252	0	5	257	0	27	0	0	27
25-MEDICINA DEL LAVORO	0	0	0	3	3	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
26-MEDICINA GENERALE	2.258	1.229	46	87	3.620	2.222	1.344	29	87	3.682	-36	115	-17	0	62
28-UNITA SPINALE	0	0	0	9	9	0	0	0	13	13	0	0	0	4	4
29-NEFROLOGIA	49	229	11	7	296	47	224	4	14	289	-2	-5	-7	7	-7
30-NEUROCHIRURGIA	0	220	0	35	255	0	233	0	30	263	0	13	0	-5	8
31-NIDO	551	707	10	43	1.311	533	690	8	40	1.271	-18	-17	-2	-3	-40
32-NEUROLOGIA	240	407	4	46	697	275	389	5	60	729	35	-18	1	14	32
33-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	32	0	9	41	0	31	0	10	41	0	-1	0	1	0
34-OCULISTICA	62	326	4	28	420	46	501	2	24	573	-16	175	-2	-4	153
35-	16	352	0	13	381	20	259	0	13	292	4	-93	0	0	-89

DISCIPLINA	2018 (gen-giu)					2019 (gen-giu)					2019 vs. 2018				
	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA															
36-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.399	923	59	1.007	3.388	1.449	863	41	1.180	3.533	50	-60	-18	173	145
37-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.238	1.469	24	156	2.887	1.157	1.563	27	160	2.907	-81	94	3	4	20
38-OTORINOLARINGOIATRIA	330	417	5	80	832	361	386	15	91	853	31	-31	10	11	21
39-PEDIATRIA	593	486	5	79	1.163	566	465	9	113	1.153	-27	-21	4	34	-10
40-PSICHIATRIA	338	316	2	15	671	337	297	6	9	649	-1	-19	4	-6	-22
43-UROLOGIA	465	820	11	189	1.485	468	790	9	183	1.450	3	-30	-2	-6	-35
47-GRANDI USTIONI	0	0	0	3	3	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
48-NEFROLOGIA (ABIL. TRAP. REGIONE)	0	0	0	42	42	0	0	0	35	35	0	0	0	-7	-7
49-TERAPIA INTENSIVA	250	385	6	67	708	300	377	11	52	740	50	-8	5	-15	32
50-UNITA CORONARICA	84	91	0	10	185	88	94	0	14	196	4	3	0	4	11
52-DERMATOLOGIA	0	29	0	15	44	0	15	0	12	27	0	-14	0	-3	-17

DISCIPLINA	2018 (gen-giu)					2019 (gen-giu)					2019 vs. 2018				
	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE
56-RECUPERO E RIABIL. FUNZIONALE	525	0	8	856	1.389	466	0	0	898	1.364	-59	0	-8	42	-25
58-GASTROENTEROLOGIA	0	477	0	51	528	0	492	0	42	534	0	15	0	-9	6
60-LUNGODEGEN TI	121	112	0	455	688	89	97	0	447	633	-32	-15	0	-8	-55
61-MEDICINA NUCLEARE	0	0	0	14	14	0	0	0	11	11	0	0	0	-3	-3
62-NEONATOLOG IA	68	74	2	24	168	74	95	1	30	200	6	21	-1	6	32
64-ONCOLOGIA	0	516	0	55	571	0	647	0	71	718	0	131	0	16	147
65-ONCOLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	46	46	0	0	0	54	54	0	0	0	8	8
68-PNEUMOLOGIA	0	443	0	44	487	0	384	0	51	435	0	-59	0	7	-52
69-RADIOLOGIA	0	86	0	11	97	0	57	0	19	76	0	-29	0	8	-21
70-RADIOTERAPIA	0	7	0	0	7	0	3	0	1	4	0	-4	0	1	-3
71-REUMATOLOG IA	0	64	0	3	67	0	93	0	4	97	0	29	0	1	30
73-TERAPIA INTENSIVA	0	22	0	1	23	0	25	0	5	30	0	3	0	4	7

DISCIPLINA	2018 (gen-giu)					2019 (gen-giu)					2019 vs. 2018				
	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE	ASL CN1	AO S.CROCE e CARLE	ASL CN2	ALTRI PIEMONTE	TOTALE
NEONATALE															
75-NEURO-RIABILITAZIONE	20	0	0	4	24	22	0	0	3	25	2	0	0	-1	1
76-NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	0	0	0	35	35	0	0	0	16	16	0	0	0	-19	-19
77-NEFROLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	11	11	0	0	0	8	8	0	0	0	-3	-3
78-UROLOGIA PEDIATRICA	0	0	0	35	35	0	0	0	34	34	0	0	0	-1	-1
TOTALE COMPLESSIVO	11.070	14.425	280	4.607	30.382	11.023	14.442	256	4.994	30.715	-47	17	-24	387	333

Nota: esclusi oneri degenza 4, 9, A (come nella "Committenza" e nei "Tassi di ospedalizzazione")

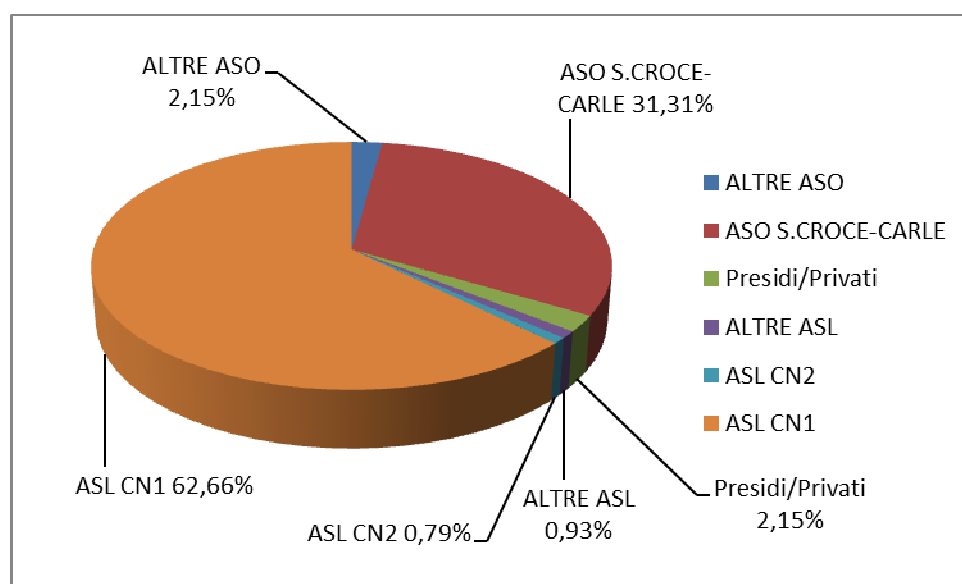
Il tavolo di lavoro con ASLCN1 e ASLCN2, alla luce della rendicontazione di produzione dell'anno 2019, si confronterà non appena tutti i dati saranno disponibili .

Come per i ricoveri, l'ASL CN1 ha preliminarmente effettuato un'analisi della mobilità passiva intra-regionale, secondo i criteri definiti dalla D.D. 796 del 30/11/2018, al fine di individuare tutti gli erogatori "extra" di prestazioni di specialistica ambulatoriale per i propri residenti.

Da questa analisi è risultato che, sia in termini di numero di casi che di valore tariffario, nessuna Azienda Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera regionale, escluse quelle dell'Area Omogenea Sud-Ovest, supera lo 0,6% di copertura di fabbisogno dei residenti dell'ASL CN1. L'unica eccezione è costituita dall'A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino, che nel 2018 raggiunge l'1,6% della casistica e il 2,2% del valore, peraltro in buona parte per discipline/prestazioni non erogate dall'ASL CN1 e spesso neanche dall'Area Omogenea Sud-Ovest.

Sulla base dei risultati sopra esposti si ritiene di concludere che, anche per la specialistica ambulatoriale, nessuna ASL o AO/AOU Regionale esterna all'Area Omogenea Piemonte Sud-Ovest può essere ritenuta un significativo riferimento in termini di produzione per i residenti dell'ASL CN1.

Figura n. 42:_Grafico Fabbisogno prestazioni per residenti ASL CN1-Anno 2018



Le strutture pubbliche e private fuori dalla Area Omogenea Piemonte Sud-Ovest erogano a favore dei residenti ASL CN1 il 4,52% delle prestazioni per un valore € 5.474.396.

Si prevede di continuare l'incremento di prestazioni di diagnostica per immagini a carico dei presidi dell'ASL CN1 e dell'A.O. S. Croce (TC torace addome, RMN encefalo e colonna vertebrale, eco addome) e, per quanto riguarda le visite, nelle discipline di neurologia, oculistica, dermatologia e gastroenterologia, fatti salvi eventuali peggioramenti delle condizioni di reperimento del personale.

Nello specifico emerge il ruolo svolto dall'A.O. S. Croce che rappresenta per una buona percentuale di cittadini (distretto sud-ovest n. 161.000 abitanti) la struttura sanitaria di base.

Nell'ambito della committenza, risulterà rilevante l'ampliamento del Centro Dialisi di Savigliano avvenuto ad inizio 2019, che, a regime, consentirà all'ASL CN1 di trattare direttamente nella sede di Savigliano i pazienti residenti nel Distretto Nord-Est che attualmente si devono recare all'A.O. S. Croce e Carle per effettuare le prestazioni dialitiche. Questo determinerà, per la branca Nefrologia, un incremento della capacità produttiva per residenti stimabile intorno al 10% e una parallela riduzione di quella dell'A.O. S. Croce e Carle.

L'implementazione del PLC-Piano Locale Cronicità prevede l'attivazione di nuovi modelli con adeguate infrastrutture e/o collegamenti tra competenze e professionalità diverse.

Con la elaborazione e specifici PDTA dedicati alle patologie ad alta prevalenza si consolideranno risposte diversificate che prevedono canali di accesso confluenti in piattaforme di servizi per la cronicità. Ciò ovviamente tenderà a modificare gli assetti organizzativi e le modalità di offerta complessiva disponibile nell'ambito del bacino geografico di riferimento.

Lo sviluppo del PLC, in piena sintonia ed integrazione con l'ASLCN1 si baserà sull'implementazione di "PDTA integrati" in grado di migliorare l'appropriatezza di utilizzo delle funzioni specialistiche e di generare significativi risultati in termini di efficacia e di efficienza.

I potenziali più significativi della D.D. 796/2018 sono la programmazione integrata come "sistema unico" e lo sviluppo di nuove "Reti di produzione" accanto a quelle già attive, quali la Rete oncologica. Da questo consegue l'importanza di sviluppare non solo un'analisi "longitudinale" della produzione dei Presidi dell'ASL CN1 e di rapportarla a quella dell'A.O. S. Croce, ma anche di continuare, nel corso del 2020, il monitoraggio su alcune prestazioni ritenute critiche per carenza di risorse o per problemi organizzativi (oculistica, oncoematologia e ortopedia) o su alcuni PDTA integrati (Scompenso Cardiaco, BPCO, Ictus e Psicosi), che potrebbero generare significativi risultati in termini di maggiore appropriatezza e di migliori efficienza ed efficacia. Continueranno anche per il 2020 i programmi di appropriatezza ed economicità nell'uso dei Farmaci.

La produzione dei Presidi Ospedalieri dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo si rivolge per l'attività ambulatoriale per il 94,32% in termini di casi e l'88,34% in termini di valore a residenti dell'ASLCN1 e per il 2,69% in termini di casi ed il 6,44% in termini di valore a residenti dell'ASLCN2 (dati 2018).

L'AO conferma la seguente esigenza di integrazione di prestazioni a favore dei propri pazienti o servizi (convenzioni passive) (Figura n.43).

ASL CN1	MEDICINA LEGALE	Accertamento morte cerebrale; partecipazione a Unità Gestione Rischio Clinico (circa 40-50 ore/anno) valutazioni medico legali
ASL CN1	CURE PALLIATIVE	Consulenze per pazienti ricoverati per 6 ore/settimana in 3 accessi (300 ore/anno); partecipazione alle riunioni GIC su chiamata
ASL CN1	PSICHIATRIA	Guardie in SPDC: fino ad oggi 6 ore fuori orario di servizio e 5 ore in servizio/settimana. Possibile necessità incrementale da giugno 2019
ASL CN1	NEURORIABILITAZIONE	Collaborazione per presa in carico pazienti da terapie intensive (specifico protocollo interaziendale), con scambio di presenza di neurochirurgo presso Presidio di Fossano al bisogno
ASL CN2	FISICA SANITARIA	Comando parziale di fisico medico c/o radioterapia di AO (convenzione già rinnovata per il 2019)

L'AO conferma la disponibilità a proseguire o integrare le collaborazioni avviate o da avviare e nello specifico (convenzioni attive). (Figura n.44).

per ASL CN1	MALATTIE INFETTIVE CHIRURGIA GENERALE CARDIOLOGIA RADIOLOGIA PSICHIATRIA	Consulenze al bisogno per le CARCERI di Cuneo (no radiologia), Fossano (no psichiatria), Saluzzo Verosimilmente da rivedere impegni orari della psichiatria sulle carceri di Cuneo (10 ore/settimana) e Saluzzo (8 ore/settimana)
Per ASL CN1	INFETTIVOLOGIA	Consulenze per pazienti ricoverati a Savigliano: fabbisogno 3 ore fuori orario/settimana; partecipazione a riunioni CIO: 3 riunioni/anno per 2 ore
Per ASL CN1	PSICHIATRIA	Visite ambulatoriali presso ambulatori territoriali del distretto di Cuneo: 15 ore in orario/settimana. Verosimilmente da rinegoziare
Per ASL CN1	NEUROCHIRURGIA	Collaborazione per presa in carico pazienti da terapie intensive (specifico protocollo interaziendale), con scambio di presenza di neurochirurgo presso Presidio di Fossano al bisogno
Per ASL CN1	CHIRURGIA PLASTICA	Espletamento di interventi di ricostruzione mammaria presso il Presidio di Saluzzo, pari a n. 180 ore in servizio/anno
Per ASL CN1	CHIRURGIA VASCOLARE	Espletamento di interventi per accesso dialitico presso il Presidio di Savigliano, pari a n. 2 accessi/mese di 5 ore
Per ASL CN1	GERIATRIA	Consulenze presso le Case della Salute di Boves e Demonte, 3 ore ogni 3 settimane per ciascun luogo, pari a circa 100 ore/anno fuori orario. Da verificare opportunità di modifica, in relazione al Piano Locale Cronicità
Per ASL CN1	FISICA SANITARIA	Esperti in fisica medica su chiamata
Per ASL CN1	NEURORADIOLOGIA	Consulenze di neuroradiologia per lettura in telemedicina angiotac, nel

		PDTA ictus. Stimate 60 ore/anno Consulenze presso il Presidio di Savigliano per RMN, per 4 ore/settimana
Per ASL CN1	DIABETOLOGIA	Possibile accentrimento attività diabetologiche per Distretto di Cuneo, su via Boggio. Da analizzare
Per ASL CN2	SANGUE ed EMODERIVATI	Fornitura di sangue ed emoderivati (convenzione già stipulata)
Per ASL CN2	INFETTIVOLOGIA	Consulenze infettivo logiche e partecipazione a riunioni CIO (convenzione già stipulata)
Per ASL CN2	CHIRURGIA PLASTICA	Espletamento di interventi di ricostruzione mammaria presso il Presidio di Alba, pari a n. 114 ore in servizio/anno
Per ASL CN2	CHIRURGIA TORACICA	Attività ambulatoriale presso Presidio di Bra (convenzione già stipulata)

Ruoli e compiti

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

Questi macro obiettivi triennali vengono declinati in “obiettivi specifici”⁵⁹ nelle singole annualità in relazione alle indicazioni regionali ed ai bisogni specifici emersi dal territorio (allegati: Linee strategiche, obiettivi di budget).

Nelle schede di budget sono esplicitati gli standard, gli indicatori ed i target per ogni unità organizzativa che deve contribuire al raggiungimento degli stessi.

La Direzione, sentiti gli obiettivi che la Regione intende assegnare

- stila e diffonde le linee di indirizzo ai propri dipartimenti ed agli staff;
- sulla base di queste indicazioni trasmette ai direttori di struttura le schede sulle quali devono inserire le proposte di budget (cfr allegati relativi alla modulistica)

Vengono calendarizzati gli incontri di budget in cui discutere con gli interessati gli aspetti operativi

- che esiteranno negli obiettivi operativi che verranno periodicamente monitorati attraverso
- gli indicatori e gli standard predefiniti e la cui autovalutazione viene esplicitamente assegnata ai relazionanti, di solito coincidenti con i Responsabili di struttura.

Il monitoraggio a livello centrale da parte degli uffici deputati avviene nel corso dell'anno in base alle scadenze delle diverse attività.

5 LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

I criteri guida per l'esercizio del 2020 prevedono di assegnare obiettivi ai direttori di dipartimento finalizzati alla **pianificazione dell'utilizzo delle risorse** (umane, tecnologiche, logistiche, ecc.) per la realizzazione delle Linee di indirizzo.

Al fine di porre in essere **azioni di efficientamento**, l'Azienda intende approfondire la valutazione di fattibilità delle seguenti possibili attività di riorganizzazione ospedaliera:

- Riorganizzazione delle degenze ordinarie nei due Presidi ospedalieri aziendali, differenziando le aree per intensità clinica e/o livello di necessità diagnostica/terapeutica, anche in relazione alla semplificazione dei percorsi e dei trasporti di pazienti e operatori tra le due sedi;
- Implementazione delle degenze diurne e delle aree ambulatoriali nei due Presidi Ospedalieri aziendali con raggiungimento della piena operatività, anche in relazione alla semplificazione dei percorsi e dei trasporti di pazienti e operatori tra le due sedi (es. attività di DH medico);
- Riorganizzazione dei percorsi di ricovero finalizzata ad un migliore utilizzo dei posti letto presso i due Presidi Ospedalieri aziendali;
- Ridefinizione dei percorsi urgenti da DEA finalizzata ad una riduzione dei ricoveri impropri e all'efficientamento dei percorsi;
- Ridefinizione organizzazione e sviluppo del personale dei blocchi operatori, con recupero flessibilità ed efficienza, con un ulteriore potenziamento delle attività chirurgiche pomeridiane,

⁵⁹ ex art. 5 del d.lgs. 150/2009

anche al fine di incrementare l'attività chirurgica di media/bassa complessità attualmente connotata da criticità sui tempi di attesa;

- Ridefinizione impiego personale tecnico delle aree interventistiche (angiografia, emodinamica, ecc.), con interscambio di personale, con recupero flessibilità ed efficienza per allargamento delle équipe infermieristiche e tecniche delle aree interventistiche;
- Implementazione delle attività di PCCC Team;

L'Azienda intende promuovere e realizzare fattivamente **la collaborazione con le ASR territoriali**, sia per quanto riguarda le reti cliniche e/o i programmi regionali (es. rete oncologica, rete emergenza urgenza, rete endocrinologica regionale, rete laboratori analisi, rete servizi immunoematologia e medicina trasfusionale, ecc.), sia per quel che riguarda iniziative locali connesse al perfezionamento di percorsi ambulatoriali, di appropriatezza farmaceutica o di continuità assistenziale e alla realizzazione del Piano Locale Cronicità.

Si conferma **l'orientamento costante al miglioramento della qualità dell'assistenza**. In particolare per quanto riguarda le attività di tenuta sotto controllo dei documenti del sistema qualità (regolamenti, procedure, protocolli, istruzioni, etc) secondo le indicazioni aziendali e le attività di certificazione secondo la norma ISO 9001 con il mantenimento della certificazione alle strutture/servizi già interessati: Anatomia Patologica, Ematologia, Farmacia, Immunoematologia e Trasfusionale e Medicina Nucleare. Proseguiranno le attività volte all'ottenimento dell'accreditamento istituzionale dei requisiti della Regione Piemonte; nel 2020 l'Azienda verrà sottoposta a verifica da parte di verificatori incaricati dalla Regione stessa. Proseguiranno inoltre le attività di predisposizione agli accreditamenti all'eccellenza per i settori che già sono accreditati. Nel 2020 verranno verificati, oltre ai requisiti organizzativi generali dell'accreditamento istituzionale, anche alcuni requisiti dell'accreditamento istituzionale dei SIMT. Inoltre è prevista la verifica EFI.

Si intende altresì proseguire con la predisposizione/revisione di PDTA e nell'attività valutazione dell'applicazione dei PDTA aziendali ed interaziendali, attraverso il monitoraggio di indicatori e la conduzione di audit clinico organizzativi. Particolare attenzione dovrà essere posta agli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) e di appropriatezza di ricovero, definendo azioni di raggiungimento degli standard indicati e di monitoraggio delle attività. Si intende altresì promuovere, sostenere e valorizzare la ricerca e l'innovazione clinica e organizzativa, quale componente fondamentale dell'erogazione di un'assistenza di qualità.

Sicurezza e tutela dei lavoratori: in continuità con l'anno 2019, verranno realizzati corsi di formazione indirizzati al personale dipendente in materia di sicurezza. Coordinamento e sviluppo di attività aziendali finalizzate all'analisi e promozione del benessere organizzativo. Implementazione di principi di ergonomia e di attenzione al genere e all'età, al fine di prevenire e contenere possibili problematiche di salute dei lavoratori e promuovere la conciliazione dei tempi vita lavoro. Adozione di un sistema che preveda il controllo delle procedure in ambito sicurezza anche alla luce delle disposizioni regionali relativamente al procedimento del "Sistema Gestione Salute Sicurezza Lavoro".

Sicurezza dei pazienti: coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e regionali in materia di risk management/rischio clinico, verranno sviluppate azioni ed interventi aziendali finalizzati a consolidare l'azione di diffusione della "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa", la promozione di interventi mirati alla prevenzione e al contenimento degli eventi avversi, l'elaborazione di procedure protocolli e mappe dei rischi, finalizzati ad assicurare adeguati standard di sicurezza. Verrà altresì favorita la visione unitaria delle diverse "sicurezze" aziendali, attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le funzioni aziendali, con particolare riguardo verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie/apparecchiature. La prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, in continuità con i percorsi avviati nel corso dell'anno 2019, si incentrerà sull'aggiornamento e verifica dell'applicazione delle procedure aziendali, congruentemente alle indicazioni regionali di settore, promuovendo iniziative formative in particolare nell'ambito del lavaggio delle mani e dell'antimicrobial stewardship.

Attuazione misure di contrasto della corruzione e trasparenza: come definito nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2021, in conformità con i dettati normativi ed i loro recenti aggiornamenti. Verrà implementato il monitoraggio del rischio e delle misure di contrasto attraverso la definizione di indicatori.

Sviluppo sistemi informativi e realizzazione azioni di sviluppo della protezione dei dati personali: nell'anno 2020 vedranno l'avvio i seguenti progetti: Dossier Sanitario Elettronico, CUP regionale, fase 2.1 del Fascicolo Sanitario Elettronico, gestione informatica del Malum. Inoltre si perseguirà il completamento dell'impiego dei sistemi informatizzati di prescrizione e somministrazione della terapia in tutti i reparti di degenza, la migrazione a OPERA ricoveri e DEA, l'avvio del nuovo applicativo TAO con ritiro prescrizioni terapia su portale web, l'interfacciamento Anatomia Patologica con OPERA e miglioramenti su Armonia web. Al fine di consentire la piena fruibilità delle informazioni, in modo semplificato, sicuro e rapido, si provvederà al completamento del progetto Radioterapia, al completamento della refertazione informatizzata degli ECG e della refertazione delle visite GIC. Proseguirà l'attenzione alla prescrizione DEM, che verrà estesa a tutte le prestazioni prescrivibili informaticamente (Nefrologia e Diabetologia). L'attenzione alla piena comunicazione organizzativa e clinica con le ASR orienterà alla progressiva integrazione dei sistemi informativi.

Sviluppo appropriatezza prescrittiva farmacologica e attenzione alla spesa di farmaci e dispositivi medici: proseguiranno nell'anno 2020 le attività finalizzate a garantire l'appropriatezza prescrittiva, in particolare per quanto riguarda le categorie degli onco-ematologici ad alto costo, i farmaci innovativi e gli innovativi oncologici. Sarà posta particolare attenzione ai medicinali in ambito neurologico (Sclerosi multipla e antiemicranici), ai farmaci per il sistema respiratorio e le terapie per il trattamento delle maculopatie, agli emoderivati e agli antibatterici e antimicotici, promuovendo azioni di antimicrobial stewardship. La spesa per i medicinali sarà costantemente monitorata e dovrà rispettare le indicazioni che di volta in volta perverranno dalla Regione. Tra gli strumenti per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva l'Azienda intende proseguire e incentivare l'attività di ricerca clinica sia attraverso gli studi clinici interventistici che attraverso quelli osservazionali (profit e no profit). Intende inoltre continuare a proporre, ove possibile, l'accesso ai medicinali per uso compassionevole e l'accesso al Fondo AIFA del 5% secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Per quanto riguarda la spesa dei dispositivi, verranno monitorati i volumi per i trattamenti con DM ad alto costo (ad es. TAVI, mitraclip, protesi endovascolari, DM per chirurgia robotica, DM protesici in ambito ortopedico, ecc.).

Implementazione delle azioni previste dal **Piano di miglioramento del grado di umanizzazione** nei Presidi aziendali, in costante collaborazione con le associazioni di volontariato, i rappresentanti della popolazione, gli enti e le organizzazioni presenti sul territorio.

Ciascuna unità organizzativa aziendale dovrà contribuire alla realizzazione di queste indicazioni. Alcune di queste verranno tradotte in obiettivi analoghi direttamente connessi (es. riduzione dei tempi di attesa, contenimento dei costi, aumento della produttività), altre troveranno specifiche declinazioni contestuali, tra cui:

- sviluppo della qualità clinico assistenziale, anche mediante l'estensione alle discipline rappresentate nel Dipartimento chirurgico del modello "ERAS";
- ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con uniformazione dei percorsi finalizzata anche alla creazione di accessi univoci dei pazienti (Neurochirurgia e Ortopedia nel trattamento chirurgico del tunnel carpale; Urologia e Ginecologia nel trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria) per i dipartimenti chirurgico e DEAC;
- ridefinizione, organizzazione e sviluppo del personale dei blocchi operatori, con recupero flessibilità ed efficienza, con un ulteriore potenziamento delle attività chirurgiche pomeridiane, anche al fine di incrementare l'attività chirurgica di media/bassa complessità attualmente connotata da criticità sui tempi di attesa per il Deac; realizzazione del progetto dell'Area Semintensiva MECAU e localizzazione dell'OBI, avvio del "Progetto Cuore" finalizzato alla riallocazione su un'unica area di tutti i servizi afferenti alla patologia cardiaca con ottimizzazione dei percorsi ed efficientamento delle risorse umane e strumentali;

- implementazione delle degenze diurne e delle aree ambulatoriali nei due Presidi Ospedalieri aziendali con raggiungimento della piena operatività, anche in relazione alla semplificazione dei percorsi e dei trasporti di pazienti e operatori tra le due sedi (es. attività di DH medico) per il Dipartimento medico.

Partendo dagli obiettivi triennali, l'amministrazione individua gli obiettivi per l'anno di riferimento, delineando i risultati attesi attraverso opportuni set di indicatori e relativi *target*. Gli obiettivi annuali rappresentano, quindi, i traguardi intermedi da raggiungere al fine di assicurare il conseguimento dell'obiettivo triennale cui si riferiscono.

La *performance* organizzativa annuale, che viene prevalentemente espressa in termini di efficacia ed efficienza, può essere riferita sia all'amministrazione nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative.

In questa sezione del Piano, partendo dagli obiettivi triennali, la Direzione descrive le modalità ed il timing con cui gestisce la performance organizzativa. L'avanzamento del processo di budget sarà documentato dagli allegati pubblicati in tempo reale sull'apposita area di Amministrazione Trasparente⁶⁰.

Gli obiettivi per l'anno di riferimento, i risultati attesi che verranno misurati attraverso opportuni set di indicatori e relativi target, vengono discussi in sede di Comitato budget ed eventualmente ricalibrati in seguito all'assegnazione degli obiettivi regionali.

La performance organizzativa annuale sarà prevalentemente espressa in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza sia a livello economico che organizzativo. Alcuni obiettivi annuali coinvolgono l'intera amministrazione, mentre altri riguardano solo alcune unità.

Come emerge dal format delle schede di budget, ormai consolidate, verranno individuate:

- ☐ le attività e i progetti da realizzare per il raggiungimento dell'obiettivo;
- ☐ i risultati attesi in termini quantitativi (quindi espressi con un set di indicatori e relativi target)⁴;
- ☐ il valore di partenza del/degli indicatori (baseline);
- ☐ le unità organizzative che devono contribuire al raggiungimento dei risultati attesi.

Gli obiettivi operativi sono dettagliati nelle schede di budget in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

Nella definizione dei risultati attesi per ciascun obiettivo dell'amministrazione, riveste particolare importanza il processo di condivisione dei contenuti del Piano a tutti i livelli dell'organizzazione.

Il Piano della performance (art. 5, comma 1 e art. 10, comma 1 del D.Lgs 150/2009 e ss.mm.ii), viene elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

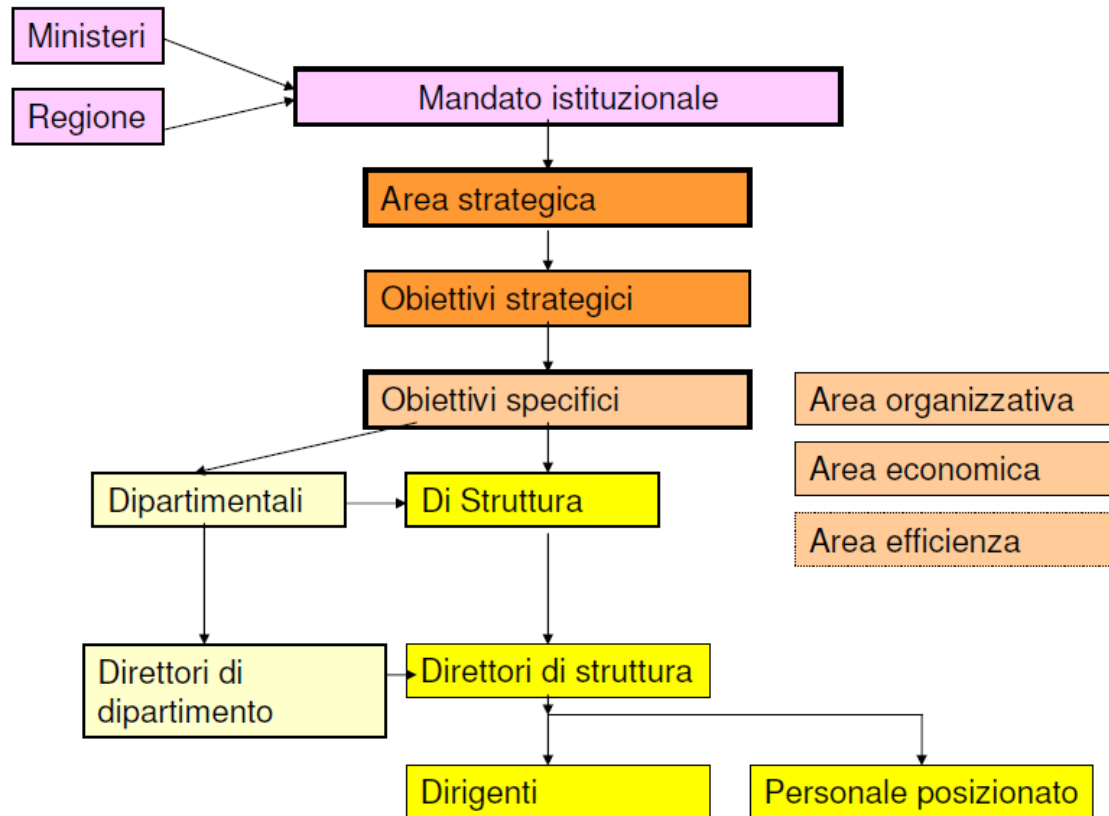
La Direzione, sentiti gli obiettivi che la Regione intende assegnare (allegato obiettivi regionali)

- stila e diffonde le linee di indirizzo ai propri dipartimenti ed agli staff
- sulla base di queste indicazioni trasmette ai direttori di struttura le schede sulle quali devono inserire le proposte di budget (cfr allegati relativi alla modulistica)

L'albero della Performance è una mappa logica che rappresenta graficamente i legami tra mandato istituzionale, mission, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi, dimostrando come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale ed alla mission.

⁶⁰ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/piano_della_performance/

Rappresentazione grafica dell'Albero della performance.



Un monitoraggio continuo della performance aziendale e dei Centri di responsabilità permette di individuare tempestivamente, attraverso alcuni indicatori, le criticità da affrontare. A tal fine l'Azienda si avvale sia di cruscotti direzionali personalizzati per i diversi livelli di responsabilità aziendale e aggiornati mensilmente, sia di incontri periodici di confronto con le diverse strutture aziendali.

Sono da sempre presenti dei referenti aziendali all'interno del Controllo di Gestione che forniscono consulenza alle strutture nelle diverse fasi del processo di budget e nell'efficace utilizzo dei cruscotti direzionali.

Le fasi del processo sono riassumibili come segue.

- **Fase preparatoria:**

o La Direzione aziendale, sulla base delle indicazioni regionali, fornisce le linee di programmazione (cfr allegato) per l'anno di esercizio specificando gli obiettivi strategici aziendali. Le linee vengono comunicate al Collegio di Direzione e rese visibili a tutti i dipendenti e stakeholders attraverso la pubblicazione sull'apposita area web. Entro fine gennaio sarà inviata specifica comunicazione a tutti i Direttori di Dipartimento ed ai Responsabili delle strutture tecnico-amministrative e di staff.

o La S.S. Controllo di gestione prepara la modulistica cartacea o informatizzata in cui i direttori inseriscono le loro proposte, dopo aver altresì raccolto la reportistica da parte delle strutture di staff quali DIPSA, DSP, Farmacia, SID-Ingegneria Clinica, Amministrazione del Personale per la stesura delle proposte (cfr allegati relativi alla modulistica).

- **Fase di elaborazione:**

o I Direttori di Struttura recepiscono i contenuti delle Linee di indirizzo annuali ed elaborano proposte operative in termini di obiettivi operativi, corredati dalla definizione delle risorse necessarie, degli indicatori, degli standard di riferimento e delle relative tempistiche di

raggiungimento, nonché dell'integrazione con altre strutture aziendali, così come definito nelle apposite istruzioni di corredo alla modulistica (cfr allegato relativo alla modulistica).

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

- **Fase di definizione:**

o Il Comitato budget (Direttore Generale, Sanitario e/o Amministrativo, dal Responsabile del Controllo di Gestione, dai Responsabili della Direzione Sanitaria di Presidio, della Direzione delle Professioni Sanitarie, dell'Amministrazione del Personale, della Farmacia o loro delegati e della Formazione e Valutazione degli Operatori) incontra i Direttori delle singole strutture insieme al proprio Direttore di dipartimento per discutere le proposte.

o Il Comitato budget valuta la congruità delle proposte di tutte le strutture con il piano programmatico aziendale e definisce gli obiettivi operativi, gli indicatori e gli standard, nonché le risorse umane e tecnologiche da assegnare ad ogni Centro di responsabilità sulla base dei dati precedentemente forniti dalle strutture competenti.

o In fase di discussione possono essere modificati alcuni obiettivi o loro declinazioni di misurazione. Una volta avvenuta la discussione i Direttori hanno un breve periodo in cui proporre eventuali modifiche integrazioni che verranno vagliate dal Comitato budget. Una volta firmati dal Direttore Generale gli obiettivi diventano ufficiali.

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

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

- **Fase di attuazione:**

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

o Le strutture realizzano gli obiettivi assegnati e, attraverso il monitoraggio costante degli indicatori, laddove si registrino scostamenti significativi, mettono in atto le azioni correttive per la realizzazione degli obiettivi.

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

o Solo se strettamente necessario e previa approvazione della Direzione, gli obiettivi possono essere ricalibrati.

o La S.S. Controllo di gestione insieme con la S.C. Sistema informativo aggiorna i cruscotti direzionali per il monitoraggio della performance.

- **Fase di valutazione:**

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

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

Nella seduta del 15.11.2018 è stata approvata la nuova tabella di valutazione degli obiettivi, condivisa con il Collegio di Direzione, che ha ampliato il ventaglio dei valori. Troverà prima applicazione nella valutazione degli obiettivi 2019 che avverrà nel primo semestre del 2020. Allo stato attuale si prevede di mantenere la stessa tabella, al netto di eventuali correzioni che dovessero rendersi necessarie una volta verificata la sua applicabilità ed efficienza a seguito dell'utilizzo sugli obiettivi 2019.

Figura n.45: schema per valutazione obiettivi 2020.

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

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 Sindacale);
- 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 gestionale⁶¹.

⁶¹ Del. 92 del 9.03.2017 -Regolamentazione Interna – Adozione Atti e Provvedimenti dei Responsabili delle Strutture
Pagina 57 di 68

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.

Di norma la Direzione adotta la deliberazione di attribuzione del budget trasversale in capo ai gestori di spesa e i gestori di spesa predispongono la deliberazione di programmazione delle attività e dei costi.

Sarà facoltà della Direzione integrare la pianificazione e la programmazione in corso d'anno qualora risulti necessario e sussistano le disponibilità economiche; compete altresì alla Dirigenza proporre eventuali integrazioni alla pianificazione e programmazione qualora emergano necessità per garantire il corretto funzionamento dei servizi.

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. Tali funzioni sono esercitate dalla Direzione Generale, conformemente alle linee guida di indirizzo regionali, con il supporto delle strutture organizzative che operano a livello centrale.

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

Il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile è esercitato dal Collegio Sindacale⁶².

Il **Sistema di Valutazione del personale** rappresenta uno dei cardini della misurazione dei risultati gestionali conseguiti ed è volto alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri. Esso è descritto nel SiMiVaP⁶³.

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.

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 di una funzione ispettiva in convenzione con l'ASLCN1. Gli organismi aziendali preposti alla verifica e valutazione sono l'Organismo Indipendente di Valutazione ed i Collegi tecnici.

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

L'Azienda promuove lo **sviluppo del personale** in sintonia con i principi di cui al D.Lgs.150/2009 e ss.mm.ii, così come esplicitati dalle disposizioni regionali in materia. L'Azienda favorisce il mantenimento, lo sviluppo e l'incremento delle conoscenze, delle competenze e della performance degli operatori della sanità attraverso lo strumento della formazione continua e la regolazione dell'istituto connesso ai permessi per studio per il personale di comparto. Il Piano Formativo Aziendale viene aggiornato ogni anno e pubblicato sull'apposita area web, nonché monitorato dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori⁶⁴.

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

- a. modalità organizzative e procedure di gestione delle risorse tecnologiche; il piano investimenti viene approvato secondo quanto definito dalla normativa vigente;
- b. un sistema informativo aziendale organizzato in modo coerente con le esigenze conoscitive e valutative dei vari livelli di governo aziendale;
- c. che l'attività contrattuale abbia luogo nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, della coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di economicità, efficacia, imparzialità
- d. la programmazione degli acquisti come previsto dalla recente normativa coerentemente con le misure di contrasto alla corruzione, l'ottimizzazione delle risorse e la sempre maggior centralizzazione sovraziendale del governo dei processi di acquisizione per importi rilevanti.

Il Programma biennale degli acquisti di beni e servizi è regolarmente pubblicato nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁶⁵, così come il programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali⁶⁶.

L'AO sta proseguendo nell'esecuzione e pianificazione di numerosi interventi edilizi all'interno delle due strutture ospedaliere volti all'adeguamento normativo, al miglioramento dell'attività sanitaria e all'umanizzazione delle degenze e dei servizi. Sono state a tal fine individuate alcune "macroaree" strutturali e funzionali all'interno delle quali operare con interventi infrastrutturali e di revisione gestionale.

RISTRUTTURAZIONI PER MIGLIORAMENTO ATTIVITA' SANITARIA

- Ristrutturazione degenze. Proseguono i lavori di ristrutturazione, adeguamento impiantistico ed umanizzazione delle aree di degenza chirurgiche e mediche, con conseguente ricollocazione delle attività per aree omogenee, nell'ottica della suddivisione delle degenze chirurgiche e mediche tra i due presidi ospedalieri. I principali obiettivi degli interventi di ristrutturazione sono:
 - Dal punto di vista tecnico:
 - Adeguare agli standard di accreditamento
 - Adeguare alle norme di prevenzione incendi (placcaggi a soffitto, completamento depositi, compartimentazioni, ecc.)
 - Adeguare gli impianti elettrici, chiamata, gas medicinali, laddove necessario
 - Climatizzare alcune camere di degenza

⁶⁴ <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/home.asp>

⁶⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/bandi_di_gara_e_contratti/

⁶⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/opere_publiche/

- Sostituire serramenti esterni e serramenti interni, laddove necessario
- Dal punto di vista strategico/sanitario:
 - Collocare degenze chirurgiche nel blocco C, possibilmente per aree omogenee complanari
 - Completare il progetto di ricollocazione delle degenze cardiovascolari in asse con le sale operatorie del Blocco Operatorio Specialistico, con il trasferimento della degenza di Cardiologia al secondo piano blocco B
 - Completare il progetto materno infantile con la collocazione dell'Ostetricia al quarto piano, blocco C sud e blocco A

Sono di conseguenza attualmente in corso o in progetto i seguenti interventi:

- Conseguente avvio, da aprile 2020, della ristrutturazione della degenza ex Urologia /Ortopedia per probabile trasferimento della degenza di Ortopedia.
- Successivi trasferimenti delle degenze del blocco C sono allo studio della Direzione generale, in funzione della collocazione definitiva della degenza di Neurochirurgia e della Medicina d'Urgenza al secondo piano blocco D.
- Lavori in corso di ristrutturazione ex Neurochirurgia per degenza di Cardiologia e semintensiva. Ultimazione lavori prevista giugno 2020.
- Aree servizi:
 - Laboratorio Analisi: a seguito dell'attivazione del Corelab si libera il locale open space al piano rialzato che sarà da adeguare per la ricollocazione di tutte le attività, oggi svolte nella parte verandata, che sarà oggetto di futuro completo adeguamento.
- Lavori connessi alla fornitura di grandi attrezzature:
 - Sono in corso i lavori connessi alla posa di due angiografi per Emodinamica ed Elettrofisiologia nelle ex sale operatorie di Neurochirurgia, lavori che, unitamente alla ristrutturazione della degenza di cardiologia, completeranno il cosiddetto "progetto cuore" di accorpamento delle attività cardio-toraco-vascolari.
 - Sono in fase di gara le acquisizioni di :
 - Tac 2 piano rialzato
 - Mammografo Carle
 - Diagnostica Dea
 - Robot per preparati oncologici farmacia Carle
 - In fase di predisposizione gara per sostituzione impianto dialisi
- Aree ambulatoriali. Sono in corso i lavori di realizzazione dell'area medica diurna per terapie infusionali presso il Carle, che si concluderanno nel 2020.

LAVORI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA, ADEGUAMENTO E MESSA A NORMA

- Lavori di adeguamento dei presidi ospedalieri alle norme antincendio. A seguito revisione del documento di Gestione della sicurezza antincendio è stato rilasciato dal Comando Provinciale VV.F. nuovo cpi per il S.Croce. Entrambi i certificati di prevenzione incendi del S.Croce e del Carle sono provvisori per entrambi i presidi, in attesa del completamento, entro aprile 2025, delle opere di adeguamento.
 - Deposito biancheria Carle e altri depositi

- Cabina elettrica Carle
 - Uta dialisi
 - Uta radiologia Carle
 - Uta psichiatria
 - Atrio quinto piano S.Croce
 - Filtro ascensore 17 piano quinto, primo, rialzato
- Lavori di sostituzione colonne impianti idrotermosanitari.
Nel corso del 2020 i lavori interesseranno la sostituzione delle colonne a servizio della piastra endoscopica, del laboratorio analisi, della farmacia Carle, del pronto soccorso, ecc.
 - Lavori di adeguamento della centrale termica dell'Ospedale S.Croce alle norme sulle emissioni. Sono attualmente in corso i lavori di adeguamento della centrale termica dell'Ospedale S.Croce alle norme sulle emissioni. Rimangono da completare alcuni interventi sul GV1, la posa della rete antipiccioni nel cortile dea, l'adeguamento del locale conduttori, la sistemazione dello scarico spurgo caldaie, sistemazione impianto elettrico e luce, rimozione serbatoi olii combustibili, integrazione aria compressa, ecc., questi ultimi lavori compresi nella perizia di variante recentemente approvata.
 - Lavori di sostituzione bollitori: in fase di progettazione esecutiva
 - Lavori di installazione nuova colonna gas medicinali nel filtro ascensore 17 a servizio di parte del blocco B, previsto a breve inizio lavori, propedeutico a installazione impianti gas nelle sale di cardiologia interventistica.
 - In fase di approvazione contratto di fornitura teleriscaldamento che prevede installazione di scambiatori in zona attuali caldaie blocco operatorio, da dismettere in quanto non rispondenti alle norme sulle emissioni, e collegamenti a nostri impianti di distribuzione acqua calda.
 - Analisi di vulnerabilità sismica di entrambi i presidi : affidata a raggruppamento di professionisti; in corso analisi documentale presso enti, seguirà esecuzione di sondaggi su tutte le strutture dei presidi, con carotature e prelievi armature
 - Manutenzione tetto blocco C sud, previsto inizio primavera 2020

Nel corso del 2020 è prevista la realizzazione di ulteriori bagni accessibili a disabili, sia all'interno di reparti in corso di ristrutturazione, che in aree comuni, quali il piano terreno dell'Ospedale Carle.

Il piano della manutenzione ordinaria per adeguamento e sicurezza infrastrutture è redatto annualmente dalla responsabile S.C.Tecnico con SPP, CIO e Commissione Rischio Clinico per individuare gli interventi ritenuti prioritari, e trasmesso alla Direzione Generale. Il budget annale è di circa € 2.000.000. Non è pubblicato. Per quanto concerne l'innovazione verrà redatto nel 2020 un piano direttorio relativo a tutti i progetti di adeguamento ed innovazione.

Il monitoraggio dello stato di avanzamento è effettuato dal Servizio Tecnico, anche con relazioni specifiche alla Direzione allorquando i progetti rientrano negli obiettivi assegnati dalla Direzione. Lo stato di avanzamento di progetti e lavori viene comunque monitorato durante riunioni periodiche svolte con la Direzione generale, la DSP e il DiPsa.

AO s.Croce e Carle di Cuneo non ricorre al global service. Il costo di manutenzione ordinaria stimato è pari a € 2.000.000, in linea con i costi 2019.

È previsto il coinvolgimento professionisti esterni per progettazioni di interventi di manutenzione straordinaria complessi.

Prosegue altresì l'**attività di regolamentazione** interna sia necessariamente per quanto riguarda gli aspetti interaziendali e sovra-aziendali sia per ciò che è di pertinenza dell'ambito di monitoraggio e contrasto alla corruzione⁶⁷.

Sia i regolamenti riguardanti materie che necessitano di una disciplina di carattere generale e di interesse pubblico, sia quelli a valenza aziendale sono generalmente adottati con atto dal Direttore Generale. Le procedure ed i processi delle singole strutture sono invece definiti con determine dirigenziali o in specifiche istruzioni operative di Struttura, adottate dai singoli Dirigenti, come definito da relativo provvedimento⁶⁸.

Al fine di assicurare servizi sanitari sempre più appropriati ai bisogni di salute della **comunità**, oltre a quanto definito a livello interaziendale con l'ASLCN1 in risposta ai bisogni della popolazione di riferimento, l'AO S.Croce e Carle utilizza le informazioni raccolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), dall'ufficio stampa interaziendale, da quanto raccolto dai diversi punti di front line. Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è dedicata la Carta dei servizi⁶⁹ e la specifica documentazione predisposta per l'utente diretto, con particolare riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento. Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di partecipazione, accesso e consenso informato con le modalità ed i limiti definiti dalla legge n. 241/1990, dal D. Lgs. n. 196/2003 dal D.lgs 97/2016 che ha introdotto l'accesso civico generalizzato⁷⁰ e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie.

L'attività periodica della Conferenza di Partecipazione⁷¹ e la riattivazione dello sportello di Cittadinanzattiva all'interno dell'ospedale garantiscono l'attuazione del principio di partecipazione e consentono di raccogliere ed analizzare dati ulteriori oltre a quelli acquisiti dall'URP⁷² e attraverso segnalazioni-reclami⁷³ ed indagini di soddisfazione. E' stata istituita la Commissione Mista Conciliativa⁷⁴ e pubblicato il Regolamento di Pubblica Tutela⁷⁵. Nel corso del 2019 non è mai stato necessario convocarla in quanto nessun utente ha contestato le risposte ricevute ai reclami.

Nell'ultima seduta di dicembre 2019 è stato presentato alla Conferenza di partecipazione il nuovo modello di rilevazione della soddisfazione dell'utenza che ha visto una semplificazione negli items, con conseguente riduzione del numero delle domande e della lunghezza del cartaceo, eliminando le parti storiche più direttamente connesse alla valutazione dei servizi. Il nuovo questionario verrà pretestato nel reparto di Medicina 3 appositamente allestito per l'emergenza influenza, inserito all'interno delle richieste previste in sede di Accreditamento Istituzionale e riesaminato con la collaborazione di Cittadinanzattiva che provvederà, come nelle scorse edizioni, alla somministrazione degli stessi. La rielaborazione rimarrà a cura dell'URP.

È presente la procedura per la gestione delle segnalazioni di illecito (whistleblowing).

Il filo conduttore di tutte le linee di azione aziendali è la **sicurezza** sia relativa ai rischi psicofisici di tutti coloro che a vario titolo accedono ai locali ospedalieri sia a livello di sicurezza dei trattamenti e dei pazienti attraverso l'attività di un gruppo multidisciplinare facente capo alla Direzione Sanitaria di Presidio sia a livello di sicurezza etica connessa all'ambito dell'anticorruzione.

Nell'area intranet del SPP sono descritte le modalità di lavoro e presenti tutti i documenti principali analogamente a quanto avviene per il Rischio Clinico e per il Comitato Infezioni Ospedaliere⁷⁶. È deliberato specifico gruppo aziendale che si occupa della sicurezza con relativo responsabile⁷⁷.

Il ragionamento sul **raggiungimento della performance** viene applicato per ciascun obiettivo, tenuto conto che i pesi degli obiettivi vengono definiti dalla Direzione Generale e sono specifici per

⁶⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=968>

⁶⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=239>

⁶⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

⁷⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=563>

⁷¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

⁷² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=56>

⁷³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=175>

⁷⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

⁷⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

⁷⁶ <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/home.asp>

⁷⁷ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/organizzazione/

categorie di strutture ed in ogni caso viene data particolare enfasi agli obiettivi di carattere economico, al rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ed alle dimensioni collegate ad obiettivi regionali.

Le **soglie di accettabilità dell'obiettivo** vengono definite e poi traslate sulle schede di budget: per gli obiettivi di tipo quantitativo (es. monitoraggio dei costi) le soglie di accettabilità si riferiscono a valori, invece, per gli obiettivi di tipo qualitativo esse sono riferite a rispetto di scadenze, a completamento di attività, o comunque a criteri di accettabilità soggetti al giudizio finale del Responsabile dell'obiettivo.

Sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

In corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle criticità insorte.

A seconda degli scostamenti riscontrati agiscono:

- ad un primo livello i monitoranti di ciascuno obiettivo (sollecito nel rispetto dei tempi, della documentazione prevista per la rendicontazione, delle azioni poste in essere per il raggiungimento dell'obiettivo)
- ad un livello intermedio la S.S. Controllo di gestione, il cui responsabile convoca ufficialmente i responsabili per analizzare le criticità e individuare interventi correttivi contemplando in ultima ratio la modifica dello standard o l'annullamento dell'obiettivo con la sua sostituzione o redistribuzione sugli altri

per quanto riguarda l'azione sollecitata direttamente dal livello aziendale centrale.

Il secondo punto viene messo in atto anche su richiesta della Direzione, anche in relazione a specifiche indicazioni regionali e su indicazione dell'OIV o del Collegio Sindacale.

Possono essere i direttori stessi delle strutture assegnatarie di obiettivo a richiedere verifiche sull'andamento degli stessi o ridefinizione degli stessi.

A fine anno l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta⁷⁸ il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati. La realizzazione degli obiettivi deve infatti essere verificata mediante il confronto dei risultati ottenuti con indicatori e il target; in sostanza il rispetto degli obiettivi affidati richiede un processo di verifica che deve tener conto delle indicazioni presenti nello standard della scheda sottoscritta.

Il processo di budget prevede naturalmente, oltre al monitoraggio periodico circa l'andamento infra-annuale degli obiettivi assegnati operato attraverso l'invio di report di attività, di consuntivi economici, dei tempi d'attesa ai Direttori di struttura e al riesame in sede di comitato di Dipartimento e di Collegio di Direzione, anche una valutazione complessiva della performance dei singoli centri di responsabilità, alla quale è agganciato il sistema premiante (per la retribuzione di risultato e la valorizzazione della posizione: il mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati non consente l'erogazione della retribuzione di risultato e può costituire elemento di valutazione negativa, fino alla revoca dell'incarico dirigenziale).

In questo modo vengono tenuti sotto controllo i **risultati attesi di bilancio**, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi, le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione. Tutte le variazioni sono documentate presso le cartelle di lavoro della S.S. Controllo di Gestione, discusse con l'Organismo Indipendente di Valutazione e rendicontate nella Relazione di Performance.

La pianificazione di azioni correttive in caso di mancato raggiungimento avviene in relazione ai livelli di monitoraggio precedentemente descritti.

A seconda degli scostamenti riscontrati la pianificazione può essere:

⁷⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=310>

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

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

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

La documentazione specifica del destino dei singoli obiettivi è contenuta nella Relazione sulla Performance.

6 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il collegamento fra la *performance* organizzativa attesa e la *performance* individuale dei dirigenti è visibile dalle singole schede di assegnazione obiettivi-valutazione annuale (SVI).

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

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

In allegato (schede di budget) sono visibili gli obiettivi specificamente assegnati ai direttori di dipartimento.

Fermo restando il rispetto delle disposizioni del decreto e delle delibere CIVIT-ANAC e sulla base della metodologia di valutazione della *performance* individuale codificata nel sistema di misurazione e valutazione della *performance* (di cui all'articolo 7 del decreto e alla delibera n.104/2010), le risultanze del processo di assegnazione degli obiettivi ai dirigenti e al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità avvengono in linea con quanto descritto nel SiMiVap pubblicato nell'apposita area dell'Amministrazione Trasparente⁷⁹ e riesaminato contestualmente alla composizione del presente documento, senza apportare variazioni.

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

6.1 Fasi, soggetti coinvolti e tempi del processo di redazione del Piano

Il Piano di Performance viene redatto dallo staff del Controllo di Gestione, sotto la supervisione del Responsabile di tale struttura che attualmente si occupa di coordinare il processo di budget e riveste altresì il ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), conformemente a quanto suggerito da ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (PNA 2016) e ribadito in quello 2019.

⁷⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

Al momento della stesura della presente revisione del documento non sono ancora stati assegnati ai Direttori Generali gli obiettivi da parte della Regione Piemonte né è stata terminata la valutazione degli obiettivi 2018 e 2019.

L'attuale Direzione Generale si prefigge di chiudere l'assegnazione degli obiettivi alle strutture entro aprile 2020.

A gennaio vengono diffuse a tutti i Direttori di Dipartimento ed ai responsabili delle strutture tecnico-amministrative e di staff le Linee di indirizzo generali per l'anno 2020 nell'ambito del processo di definizione del budget annuale dell'Azienda nelle sue articolazioni organizzative individuate come Centri di Responsabilità (CdR), ovvero, per struttura organizzativa dipartimentale ed infine complessivo d'Azienda.

Pertanto nella definizione della Performance sono fondamentalmente coinvolti gli uffici in staff e la Direzione, unitamente ai dirigenti e responsabili apicali; nella realizzazione sono coinvolti tutti i dipendenti, anche se gli effetti diretti sulla valutazione individuale ricadono solo sugli assegnatari di obiettivi (direttori di struttura, dirigenti, titolari di posizione organizzativa). Nella valutazione della Performance complessiva rientrano i direttori di struttura e dipartimento, gli uffici deputati ciascuno per la propria parte. La validazione interna è a cura della Direzione, quella interna-esterna avviene da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), quella esterna da parte del Collegio Sindacale.

Gli stakeholders maggiormente coinvolti nel processo di definizione e controllo del ciclo di performance sono:

- Collegio di Direzione⁸⁰
- Collegio Sindacale⁸¹
- Comitati di Dipartimento⁸²
- Conferenza dei Sindaci⁸³
- Conferenza di partecipazione⁸⁴
- Consiglio dei Sanitari⁸⁵
- Istituzioni e partnership (ASLCN1, ASLCN2)
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)⁸⁶

6.2 Coerenza con altri processi e documenti

Il livello di evoluzione del sistema di gestione della *performance* ha raggiunto un **buon** grado di maturità della pianificazione della *performance*.

L'attuale sistema di assegnazione del budget e di valutazione del raggiungimento degli obiettivi è attuato in Azienda dal 1999, con progressivi riaggiustamenti ed adattamenti sia in relazione agli input nazionali, regionali e delle Direzioni che si sono susseguite sia nell'ottica di diventare maggiormente rispondente agli assetti organizzativi che sono cambiati nel tempo.

Secondo una logica di gradualità e miglioramento continuo si cercherà di migliorare il coinvolgimento degli stakeholders nelle diverse fasi della performance e di leggibilità della documentazione pubblicata.

L'azienda sarà impegnata nell'aggiornamento e messa a regime di cruscotti sempre più perfezionati per fornire in tempo quanto più possibile reale dati di performance.

La definizione del Piano e la successiva declinazione degli indirizzi e obiettivi strategici sono integrate con il processo di programmazione economico finanziaria e di bilancio e con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

⁸⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1002>

⁸¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1003>

⁸² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1005>

⁸³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

⁸⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

⁸⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1004>

⁸⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1012>

L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- a. un parallelo percorso annuale di programmazione economico-finanziaria e di pianificazione della performance;
- b. un coinvolgimento di tutti gli attori presenti nei due processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di Gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli Uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- c. l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi quali in primis il supporto della Contabilità Analitica per centri di costo.

In particolare il Piano aziendale dei centri di costo rispecchia la struttura organizzativa dell'Azienda in coerenza con il processo di riorganizzazione delle degenze in atto, mentre il Piano dei Fattori Produttivi rispecchia secondo un rapporto di uno a uno il Piano dei Conti regionale.

Il collegamento con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza⁸⁷ (PTPCT) è garantito dalla presenza nelle Linee di indirizzo e in un macro obiettivo organizzativo assegnato a tutte le strutture tecnico amministrative ed ai dipartimenti clinico sanitari connesso al riesame della mappatura ed al monitoraggio delle misure di contrasto del rischio anticorruptivo individuate.

Al fine di non creare inutili doppioni ed ottimizzare le risorse umane destinandole in via prioritaria al monitoraggio delle misure si rimanda per i dettagli del caso al PTPCT ed all'area Altri contenuti-Prevenzione della corruzione in Amministrazione Trasparente⁸⁸.

La trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della *performance*, garantendo l'effettiva *accountability* delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa.

Il raccordo con il miglioramento continuo della qualità, seppur in assenza di un Sistema qualità aziendale che coinvolga con la stessa metodologia tutta l'AO S. Croce e Carle di Cuneo si basa sia su obiettivi relativi alle tre dimensioni della qualità (organizzativa, tecnico-professionale e relazionale) che si traducono in *standard* di qualità come parte integrante del Piano della *performance*, evidenziando la coerenza con gli obiettivi, indicatori e *target*, nonché specifici obiettivi sullo stato di attuazione della mappatura dei servizi, sulla loro associazione a *standard* di qualità, sulla pubblicazione degli *standard* e delle carte dei servizi. Il rispetto dei valori programmati per gli *standard* di qualità dei servizi, oltre a essere un impegno verso l'esterno, costituisce una responsabilità che è collegata alla valutazione organizzativa e individuale.

Tutta la documentazione prevista nell'area Performance di Amministrazione Trasparente è riferimento essenziale anche per i requisiti di Accreditamento Istituzionale previsti dalla Regione Piemonte.

In modo particolare:

il Piano Performance è

- il documento che descriva azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione e verifica,
- il Sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati
- Nelle schede allegate per ogni obiettivo è descritto il relativo indicatore e il valore atteso.

La Relazione Performance contiene:

- l'evidenza della messa in atto del/dei programma/i richiesti (almeno uno) in accordo con i programmi regionali e nazionali (PNE, obiettivi qualitativi nelle schede ecc...)
- la Pianificazione azioni correttive in caso di mancato raggiungimento
- l'esito dell'attivazione dell'Organismo di Valutazione aziendale

⁸⁷ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/PTPCT_2017_2019.doc

⁸⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=562>

- il documento da cui si evincono le azioni correttive intraprese in presenza di criticità

6.3 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della Performance

Il Piano delle performance verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i correttivi necessari.

Il Piano verrà comunque revisionato in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali e, da ulteriori input provenienti dai portatori di interesse e di proposte di miglioramento da parte dell'OIV alla luce delle risultanze delle valutazioni annuali del conseguimento degli obiettivi.

Documentazione in tempo reale delle variazioni significative verranno pubblicate nell'area Performance (titolo Piano Performance) e la conseguente rendicontazione sarà contenuta nella Relazione Performance di ogni anno).

L'intento della Direzione è quello di limitare il numero di obiettivi assegnati alle strutture sanitarie e di effettuare un monitoraggio sempre più tempestivo dell'andamento dei valori associati agli obiettivi.

7 LISTA DI DISTRIBUZIONE

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

Inoltre, ai sensi dell'art. 10, comma 2 del D.Lgs 150/2009, il Piano verrà trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Direzione Sanità della Regione Piemonte. L'Azienda infine presenterà il Piano, nelle forme e nelle sedi più opportune, agli interlocutori e destinatari interni (Dirigenti, Rappresentanze sindacali), all'Organismo Indipendente di Valutazione ed ai portatori di interesse esterni (Conferenza dei Servizi, Organizzazioni sindacali, Tribunale del malato, ecc...), anche attraverso la comunicazione organizzata nella Giornata della Trasparenza.

Ai direttori di struttura viene mandato specifico avviso relativo agli obiettivi e l'indicazione del monitorante assegnato, ricordando la necessità di comunicare ai propri collaboratori gli obiettivi generali e di struttura.

Gli stessi vengono pubblicati sia sulla rete intranet che sul portale aziendale.

Nella formazione al Codice di comportamento viene sempre fatto esplicitamente riferimento ai documenti aziendali di riferimento.

8 RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e ss.mm.ii
- Legge 124/2015
- Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28/10/2010 ed alla delibera n. 6/2013 del 17/01/2013 emanata dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione (A.N.AC.)
- D.lgs 74/2017
- Linee Guida 1/2017⁸⁹ emesse dalla Funzione Pubblica
- Linee Guida 5/2019⁹⁰ emesse dalla Funzione Pubblica per la misurazione e valutazione della performance individuale

⁸⁹ https://www.performance.gov.it/system/files/LG-Piano%20della%20performance-giugno%202017_0.pdf

⁹⁰ http://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/documenti/Ministro%20PA/Dadone/LG_performanceindividuale_20191220.pdf

9 ALLEGATI

Inseriti progressivamente con l'avanzamento del ciclo Performance descritto nel presente documento

- Linee di indirizzo generali
- Indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche - ciclo della *performance* 2020-2022, come da Circolare 2/2020 del 30.12.2019;
- Programma iniziative AO relative a benessere e contrasto alle discriminazioni. Periodo di riferimento: 2018-2020: contestualizzazione 2020. (PAP CUG);
- Obiettivi assegnati al Direttore Generale ed eventuali ss. mm.ii
- Documentazione connessa alla gestione del budget (es. schede, lettere di accompagnamento, calendario sedute, tabella per la valutazione degli obiettivi, provvedimenti relativi agli obiettivi)
- Altra documentazione necessaria a rendere evidenza della pianificazione annuale ed eventuale ripianificazione della performance.