

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 COMMISSARIO

N. 282-2023 DEL 14/06/2023

OGGETTO: RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022.

In data 14/06/2023 presso la sede amministrativa dell'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle – Ufficio del Commissario in Cuneo, corso C. Brunet n.19/A,

IL COMMISSARIO – Dott. Livio TRANCHIDA

(nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 31-6712 del 04/04/2023)

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

- visto il D.Lgs. 27.10.09, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, e letto in particolare, l'Articolo 10, dedicato al “Piano della performance” ed alla “Relazione sulla performance”, ove ne sono stabiliti i contenuti ed i modi ed i tempi dell'adozione e come modificato dal D.Lgs 25.05.2017 n. 74;
- preso atto delle Linee Guida n.3 Relazione Performance emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica nel novembre 2018;
- considerata la normativa di riferimento citata nel PIAO 2022 (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) ed in modo particolare il Regolamento recante l'individuazione e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e

organizzazione, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 30 giugno 2022, entrato in vigore il 15 luglio 2022;

- vista la Deliberazione del Direttore Generale dell'A.O. S. Croce e Carle di Cuneo n. 219-2023 del 28.04.2023, avente ad oggetto "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget – anno 2022", con cui si approvarono le proposte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) relative ai risultati di gestione raggiunti dalle Strutture aziendali in relazione agli obiettivi affidati nell'anno 2022;

- raccolti gli elementi previsti nel PIAO 2022 per effettuarne il monitoraggio, tramite il medesimo gruppo di lavoro deputato alla stesura del PIAO così come descritto nei provvedimenti n.322-2022 del 30.06.2022 e n. 42-2023 del 25.01.2023;

- sottoposta la "Relazione sulla Performance – Anno 2022" per la validazione ed i relativi documenti correlati, ai sensi dell'art. 14, comma 4 lettera c) del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii all'Organismo Indipendente di Valutazione deliberato con provvedimento n. 110-2021 del 2.03.2021;

- acquisito il parere favorevole dell'Organismo Indipendente di Valutazione nelle date 10, 17 e 19 maggio 2023, come da documentazione archiviata presso la S.S. Controllo di Gestione;

- 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 la Relazione sulla 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;

DELIBERA

- 1) di approvare la Relazione sulla Performance anno 2022 dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 2) di pubblicare la Relazione sulla Performance anno 2022 ed i relativi documenti allegati, sul sito internet aziendale - sezione <<Amministrazione Trasparente-Performance -Relazione Performance>>;

- 3) di pubblicare, a seguito della citata approvazione da parte dell'OIV, copia del Documento di validazione della relazione definitiva nella rubrica "Amministrazione Trasparente" – sezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione" – "Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe" – "Documento OIV di validazione della Relazione sulle Performance"
- 4) di dare atto che dall'approvazione della presente deliberazione non derivano oneri di spesa;

IL COMMISSARIO
Dott. Livio TRANCHIDA

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gianfranco CASSISSA

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Giuseppe COLETTA

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

Regione Piemonte  AO S. Croce e Carle - Cuneo	Relazione sulla Performance: anno 2022	Data di emissione: 25.05.2023 Rev. 0
Stesura Guano Gianluigi Somale Nadia	Verifica e approvazione Commissario Livio Tranchida	Emissione e pubblicazione Controllo di Gestione

INDICE

1	PREMESSA	3
1.1	Finalità e obiettivi del documento	3
1.2	Arco temporale.....	4
1.3	Principi di riferimento	6
2	SINTESI DELLE INFORMAZIONI	6
2.1	Contesto esterno di riferimento.....	6
2.2	Contesto interno dell'Amministrazione.....	18
3	OBIETTIVI E RISULTATI RAGGIUNTI.....	19
3.1	Mandato istituzionale e Mission	19
3.2	Descrizione dell'Azienda	20
3.3	Contesto interno e attività 2022	20
3.4	Organizzazione	52
3.5	Pari opportunità, bilancio di genere e dati del personale	55
3.6	Gestione del bilancio.....	58
3.7	Strategie attuative.....	61
4	L'AVANZAMENTO DELLA PIANIFICAZIONE TRIENNALE	62
5	LA REALIZZAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE E L'ALBERO DELLA PERFORMANCE	63
5.1	Obiettivi strategici.....	73
5.2	Verifica di obiettivi e piani operativi	92
6	DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	113

6.1	Obiettivi individuali.....	113
7	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	115
7.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	115
7.2	Coerenza con altri processi e documenti.....	116
7.3	Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance, azioni intraprese e risultati raggiunti	121
7.4	Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance.....	124
8	LISTA DI DISTRIBUZIONE	126
9	RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI	126
10	ALLEGATI	126

1 PREMESSA

1.1 Finalità e obiettivi del documento

La Relazione annuale sulla Performance è un provvedimento consuntivo con il quale l'Azienda attesta la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel Piano della Performance, a chiusura del Ciclo della Performance, riferito all'annualità di budget 2022 e costituisce lo strumento mediante il quale l'Amministrazione illustra ai cittadini e a tutti gli altri stakeholders, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente¹.

Viene pubblicata sul sito istituzionale nella specifica sezione², corredata con i documenti che rendono evidente:

- a. l'applicazione delle responsabilità secondo la gerarchia descritta nell'Atto Aziendale;
- b. il recepimento degli indirizzi della Regione;
- c. il consumo delle risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda;
- d. la declinazione delle linee strategiche e degli indirizzi aziendali;
- e. il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi per le singole articolazioni organizzative dell'Azienda;
- f. la verifica della relazione tra i bisogni della collettività, la mission istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire;
- g. la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

La Relazione sulla Performance è redatta in ottemperanza alle disposizioni previste dall'art. 10 del D. lgs 150/2009 e dalle Linee Guida n.3 Relazione Performance³ emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il file contenente le sigle di riferimento è pubblicato in allegato.

Rispetto alla normativa di riferimento citata nel PIAO 2022 è stato introdotto il Regolamento recante l'individuazione e l'abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 30 giugno 2022, entrato in vigore il 15 luglio 2022.⁴

In assenza di specifiche indicazioni in merito, dal momento che il PIAO va ad assorbire documenti differenti con scadenze diverse, sia nella redazione che nella rendicontazione, si sceglie di far comparire in questa Relazione i dati definitivi dei maggiori processi: performance in occasione della valutazione: della presentazione dell'autovalutazione di raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale alla Conferenza dei Sindaci, degli obiettivi di budget da parte dell'OIV; della chiusura delle SDO per i dati di attività e della rendicontazione del CUG; della gestione rischio corruttivo e trasparenza in occasione dell'attestazione degli obblighi di pubblicazione. Il documento verrà progressivamente implementato con

¹ Ai sensi dell'art. 10 del D. lgs 150/2009, così come richiamato dalla D.G.R. n. 25-6944 del 23.12.2013 e come modificato dal D.lgs. 74/2017.

² http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/relazione_sulla_performance/

³ https://www.performance.gov.it/system/files/LineeGuidaeRifNorm/LG-Relazione_28_novembre_2018.pdf

⁴ All'art. 1, comma 1 dispone: «sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni: Piano dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6, commi 1, 4, 6, e art. 6-ter del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165; Piano delle azioni concrete, di cui all'art. 60 bis, comma 2, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165; Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, di cui all'art. 2, comma 594, lett. a) della legge 24 dicembre 2007, n. 244; Piano della performance, di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) e comma 1 ter del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150; Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui all'art. 1, commi 5, lett. a) e 60, lett. a) della legge 6 novembre 2012, n. 190; Piano organizzativo del lavoro agile, di cui all'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124; Piano di azioni positive, di cui all'art. 48, comma 1, del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

le informazioni successivamente acquisite (es. valutazioni del personale, valutazione obiettivi Direttore Generale).

Nell'apposita sezione del PIAO 2022 erano state indicate le aree di monitoraggio previste.

Nel presente documento si parte da tale riferimento, integrato con le informazioni ulteriori ritenute utili per fornire un quadro più completo delle verifiche poste in essere e delle eventuali prospettive future.

La FPCT ha raccolto progressivamente i documenti, richiedendoli direttamente ai produttori degli stessi e li ha depositati in una cartella di rete, alimentando il format di base di questa relazione, occupandosi della pubblicazione sul portale aziendale e implementando con successivi allegati i dati mancanti. Tutti i documenti completi sono archiviati presso la FPCT.

Il monitoraggio della sottosezione Valore pubblico e Performance è stabilito secondo le modalità definite dal decreto legislativo n. 150 del 2009 per il Piano della Performance.

Il sistema dei controlli è definito nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e distingue diversi attori che partecipano al monitoraggio: l'Organismo Indipendente di Valutazione, i Dirigenti e la Direzione dell'Azienda, i cittadini e gli stakeholder interni ed esterni dell'AO, come descritto nell'apposito § 7.1. La verifica della performance organizzativa, attraverso l'analisi degli obiettivi di budget, è organizzata attraverso il Ciclo della performance che esita con un provvedimento di sintesi del raggiungimento degli obiettivi aziendali, alla base della Relazione sulla Performance approvata dall'OIV.

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) in riferimento all' avanzamento degli obiettivi di mandato e degli obiettivi annuali assegnati dalla Regione;
- la valutazione ed il controllo della gestione (S.S. Controllo di Gestione);
- l'avanzamento degli obiettivi di budget (S.S. Controllo di Gestione) in riferimento al sistema programmazione-attuazione-valutazione;
- il controllo e la regolarità amministrativo-contabile (Direzione Amministrativa, S.C. Bilancio e Contabilità); tramite l'attività della Responsabile PAAT e del Collegio Sindacale⁵;
- la valutazione del personale (S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori) in riferimento ai dati raccolti dalla FVO ed alle diverse modalità descritte nel SiMiVaP.

Il monitoraggio della Sezione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO avviene secondo le modalità previste dalla normativa vigente e le indicazioni dell'ANAC, pertanto si fa riferimento alla Relazione ANAC pubblicata entro il 31.01.2023⁶ sul portale aziendale ed all'attestazione obblighi di pubblicazione da parte dell'OIV⁷.

Tabella n. 1: Monitoraggi previsti in Azienda, riattualizzati rispetto alle indicazioni normative ed al nuovo Atto Aziendale in vigore, rispetto alla Tabella n. 21 del PIAO 2022

DOCUMENTO PROGRAMMAZIONE	DI	DOCUMENTO RENDICONTAZIONE	DI	RESPONSABILE
Piano Performance: ultima edizione 2022, poi convogliato nel PIAO 2022		Relazione sulla Performance		Responsabile Controllo di Gestione
PTPCT: ultima edizione 2022, poi convogliato nel PIAO 2022		Relazione ANAC annuale		RPCT
Accessi (procedure aziendali)		Registro accessi: semestrale; relazione attuazione Trasparenza		RPCT

⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

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

⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1039>

DOCUMENTO PROGRAMMAZIONE	DI	DOCUMENTO RENDICONTAZIONE	DI	RESPONSABILE
Piano di fabbisogno del personale: annuale		Monitoraggio annuale in vista della stesura del Piano successivo		Responsabile Amministrazione del Personale
PAP CUG (Piano di Azioni Positive): ultima edizione 2022, poi convogliano nel PIAO 2022		Relazione attività CUG		Presidente CUG
Bilanci: scadenze varie: Bilanci trimestrali; Bilancio preventivo: 31.12.2021 Non prevista sezione nei PIAO		Bilancio Consuntivo 2021 Relazione di Bilancio:		Responsabile Bilancio e Contabilità
PFA: annuale		Relazione attuazione formazione: annuale		Responsabile FVO
SiMiVaP: riesame annuale		Relazione SiMiVaP: annuale		Responsabile FVO
Segnalazioni presso URP (procedura)		Report segnalazioni gestite dall'URP: semestrale		Responsabile PAAT
Indagine di soddisfazione aziendale		Report indagine di soddisfazione		Responsabile PAAT
Impegni dichiarati nella Carta dei Servizi		Relazione Performance: annuale		Responsabile PAAT
Piano di comunicazione: annuale		Relazione CUG: annuale		Responsabile SSI Comunicazione e ufficio stampa
Bilancio Sociale: biennale		Bilancio Sociale: biennale Non di pertinenza per il 2022		Responsabile SSI Comunicazione e ufficio stampa
Programma Attività Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione della Funzione Risk Management e UGRG: annuale		Relazione Rischio Clinico: annuale		Responsabile Rischio Clinico
Piano Qualità: annuale		Riesame Qualità: annuale		FQA/DSP

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

1.2 Arco temporale

L'arco temporale di riferimento del presente monitoraggio è l'anno 2022.

In assenza di specifiche indicazioni in merito, dal momento che il PIAO va ad assorbire documenti differenti con scadenze diverse sia nella redazione che nella rendicontazione, si è scelto di utilizzare questa Relazione come documento cardine di riferimento per il monitoraggio.

L'arco temporale di riferimento dichiarato nel primo PIAO 2022 veniva fatto coincidere con il mandato della Direzione (2021-2024).

Dal 1 maggio 2023 si è insediato il nuovo Commissario, nominato con DGR 31-6712⁸, in seguito a dimissioni del precedente Direttore Generale.

⁸ Deliberazione della Giunta Regionale 4 aprile 2023, n. 31-6712 Ao Santa Croce E Carle Di Cuneo - Nomina Commissario.

I dati più significativi per rappresentare l'attuazione di quanto pianificato per il 2022 sono stati sottoposti alla Direzione uscente, parallelamente alle valutazioni dell'annualità di budget da parte dell'OIV⁹. In vista della scadenza del 30.06 prevista per la stesura della Relazione sulla Performance e con l'occasione di rappresentare l'Azienda alla nuova Direzione si è proceduto all'integrazione della prima bozza del documento e all'implementazione degli atti successivamente approvati e per i monitoraggi previsti dal PIAO 2022¹⁰.

1.3 Principi di riferimento

L'evidenza di attuazione del principio di Trasparenza è data dalla pubblicazione sul sito internet¹¹, dal coinvolgimento degli stakeholders¹² più significativi in termini di influenza e dalla presentazione pubblica, anche in rispondenza a quanto previsto dalle Linee Guida n.4 emanate dal DFP¹³.

Per qualsiasi chiarimento è possibile far riferimento al Responsabile della S.S.Controllo di Gestione ed alla Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Per rispondere al principio di veridicità e verificabilità i dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili; tutti i documenti sono archiviati presso la S.S. Controllo di Gestione.

L'evidenza del rispetto del principio di partecipazione è data dalle riunioni di programmazione e di definizione del budget, come emerge dal calendario pubblicato¹⁴, nonché dalle sedute di preparazione con gli staff e dagli eventuali specifici stakeholders coinvolti in tutte le fasi.

La Relazione testimonia come i contenuti del Piano siano coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Le valutazioni positive effettuate dalla Conferenza dei Sindaci nella seduta del 13 aprile 2023¹⁵ rispetto agli obiettivi del Direttore Generale sull'attività svolta nel 2022, confortano le validazioni effettuate dall'OIV.

2 SINTESI DELLE INFORMAZIONI

2.1 Contesto esterno di riferimento

La provincia di Cuneo¹⁶, a fine 2022 era costituita da 247 comuni¹⁷, su una superficie mista di 6.894,83 km quadrati con una densità abitativa media di 84,11 residenti per km quadrato (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte.

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

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

Il dettaglio aggiornato dei dati epidemiologici e socio-economici di maggiore rilevanza è ricavabile dal PIAO dell'ASLCN1¹⁸ e dai documenti di monitoraggio in esso indicati.

L'ASLCN1 si estende su un territorio alquanto vasto, nella zona sud ovest del Piemonte, corrispondente ad 1/5 di quello regionale, con una superficie di 5.785 Km² di terreno ricompreso in 173 Comuni. Il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%). La viabilità continua a rimanere un aspetto fondamentale

⁹ Delibera n.219 del 28.04.2023

¹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

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

¹² articolo 11, comma 6, del decreto 150/2009 e ss.mm.ii

¹³ https://performance.gov.it/system/files/LineeGuidaeRifNorm/LG_Valutazione_partecipativa_28-11.pdf

¹⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piano_della_performance/

¹⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/organizzazione/articolazione-degli-uffici/>

¹⁶ Fonte dati <https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/dati-sintesi/cuneo/4/3>

¹⁷ http://piemonte.indettaglio.it/ita/province/cn/la_provincia_di_cuneo.html

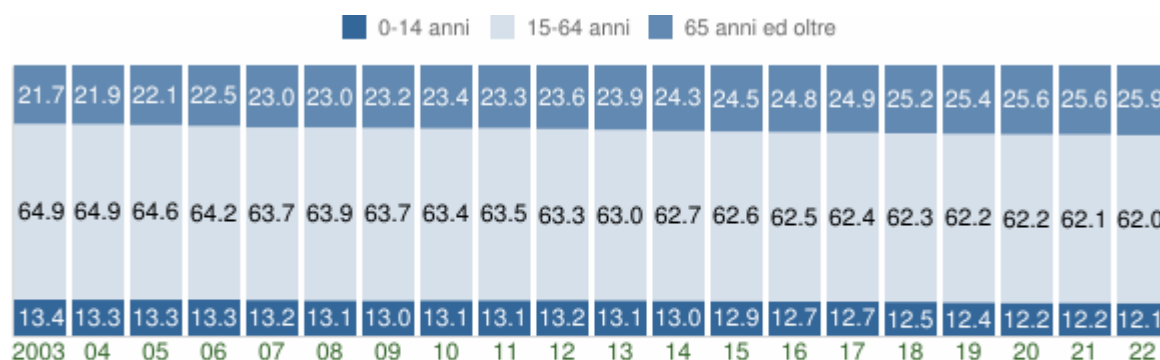
¹⁸ <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/piano-integrato-di-attivita-e-organizzazione/>

da presidiare e la necessità di garantire la raggiungibilità degli utenti in base alle loro necessità un nodo critico, anche rispetto ai servizi sanitari.

I Distretti dell'ASLCN1, di riferimento per l'Azienda, si avvalgono della Conferenza dei Sindaci¹⁹ come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei cittadini di proprio riferimento e per altre attività previste dalla vigente normativa, come nel caso del Piano Locale Cronicità²⁰⁻²¹.

Il numero di abitanti residenti in provincia al 31 dicembre 2022 è di 579.948 abitanti²², di cui 292.485 femmine e 287.463 donne e comunque 1.009 unità in meno rispetto all'anno precedente, cioè una perdita dello 0,17%, anche se la contrazione è inferiore rispetto a tutte le altre province piemontesi..

Figura n. 2: Struttura per età della popolazione residente nella Provincia di Cuneo suddivisa classi di età



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

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

¹⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

²⁰ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

²¹ [file:///C:/Users/somale n/Downloads/Allegato 3b Del. 520-2018 del 27 12 2018 Piano Cronicita.pdf](file:///C:/Users/somale%20n/Downloads/Allegato%203b%20Del.%20520-2018%20del%2027%2012%202018%20Piano%20Cronicita.pdf)

²² http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1&Lang=it

Figura n.3: Analisi della popolazione residente nella Provincia di Cuneo per età, genere, stato civile

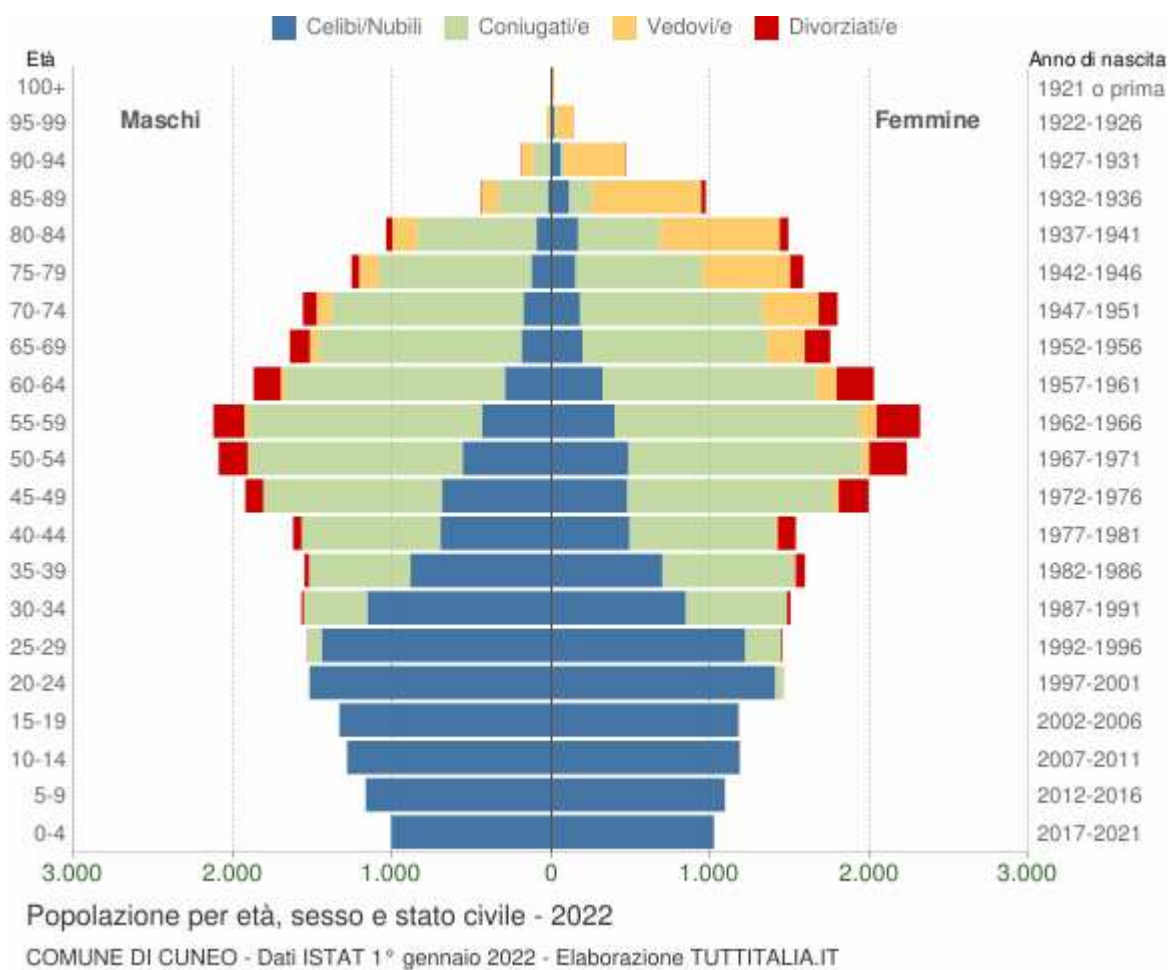


Figura n.4: Tasso di natalità della popolazione²³, in termini di confronto con quello regionale e nazionale

ASL CN1	Residenti nati (3.020) $\frac{\quad}{\text{Popolazione residente (410.892)}} \times 1000 = 7,35$
REGIONE PIEMONTE	Residenti nati (26.700) $\frac{\quad}{\text{Popolazione residente (4.256.350)}} \times 1000 = 6,27$
ITALIA	Residenti nati (400.249) $\frac{\quad}{\text{Popolazione residente (59.030.133)}} \times 1000 = 6,78$

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

Figura n.5: Tasso di mortalità della popolazione²⁴, in termini di confronto con quello regionale e nazionale

ASL CN1	Deceduti (5.271) $\frac{\quad}{\text{Popolazione residente (410.892)}} \times 1000 = 12,83$
REGIONE PIEMONTE	Deceduti (56.414) $\frac{\quad}{\text{Popolazione residente (4.256.350)}} \times 1000 = 13,25$
ITALIA	Deceduti (701.346) $\frac{\quad}{\text{Popolazione residente (59.030.133)}} \times 1000 = 11,88$

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

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

Le donne piemontesi hanno una speranza di vita di quasi 85 anni contro gli 80 circa degli uomini; situazione analoga nella provincia cuneese anche se si conferma in aumento la maggior fragilità normalmente sintetizzata nel concetto che le donne vivono più a lungo ma con condizioni di salute peggiori

²³ Tasso di natalità: è il rapporto tra il numero delle nascite nella popolazione residente e la quantità della popolazione residente

²⁴ Tasso di mortalità: è il rapporto tra il numero delle morti nella popolazione residente e la quantità della popolazione

²⁵ Fonte dati: Banca Dati PiSta Regione Piemonte

sia rispetto alla cronicità che alla salute mentale ed alle forme depressive (le donne rappresentano il 56% degli utenti dei Centri di Salute Mentale, dato che va in ogni caso letto rispetto ad una maggior propensione a farsi seguire dai servizi di questo tipo rispetto all'utenza maschile).

Figura n.6: Indice di invecchiamento della popolazione²⁶, in termini di confronto con quello regionale e nazionale

ASL CN1	Popolazione >= 65 anni (101.906) x 1000 = 19,05 Popolazione <=14 anni (53.501)
REGIONE PIEMONTE	Popolazione >= 65 anni (1.116.681) x 1000 = 21,99 Popolazione <=14 anni (507.904)
ITALIA	Popolazione >= 65 anni (14.051.404) x 1000 = 18,76 Popolazione <=14 anni (7.489.795)

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

Osservando la distribuzione della popolazione per fasce di età è necessario considerare come gli ultra65enni rappresentino una fascia particolarmente fragile per quanto riguarda le malattie croniche, meritando pertanto un'attenzione particolare dal punto di vista dei bisogni di salute e della conseguente presa in carico socio sanitaria.

Nell' ASLCN1 l'**indice di invecchiamento** ("indicatore strutturale" utile ad evidenziare il peso relativo della popolazione anziana) era, al momento dell'ultima elaborazione dati, pari al 23,6% (Distretto Nord-Ovest 24,2%, Distretto Nord-Est 22,7%, Distretto Sud-Ovest 23,3%, Distretto Sud-Est 26,6%).

Figura n.7: Tasso di crescita naturale²⁷, in termini di confronto con quello regionale e nazionale

ASL CN1	Tasso di natalità (7,35) – Tasso di mortalità (12,83) = -5,48
REGIONE PIEMONTE	Tasso di natalità (6,27) – Tasso di mortalità (13,25) = -7,28
ITALIA	Tasso di natalità (6,78) – Tasso di mortalità (11,88) = -5,10

Fonte: Piemonte Statistica B.D.D.E. - Demo Istat

Gli ultimi dati ISTAT indicano 190 anziani nella provincia Granda ogni 100 giovani, con quanto ne consegue in termini di carico sociale e mondo del lavoro. 102.187 sono i residenti over 65 nell'ASLCN1 su un bacino di assistiti di 113.256 abitanti (146,4 è l'indice di ricambio generazionale).

²⁶ Indice di invecchiamento: rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. È il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e i giovani fino a 14 anni. Nel 2020 nella nostra ASL ci sono 188 anziani ogni 100 giovani con età sino a 14 anni, nella Regione Piemonte ci sono 188 anziani ogni 100 giovani con età sino a 14 anni e in Italia ci sono 188g anziani ogni 1000 giovani con età sino a 14 anni

²⁷ differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità

Figura n.8: **Previsioni demografiche** ISTAT 2020-2030 suddivise per provincie della Regione Piemonte e genere

Provincia	Anno	Maschi	Femmine	Totale
Alessandria	2020	202.746	214.542	417.288
	2025	196.497	205.695	402.192
	2030	192.505	199.217	391.722
Asti	2020	103.913	108.097	212.010
	2025	101.199	104.140	205.339
	2030	99.559	101.306	200.865
Biella	2020	83.781	90.389	174.170
	2025	80.773	86.025	166.798
	2030	78.543	82.567	161.110
Cuneo	2020	289.284	296.829	586.113
	2025	286.376	291.312	577.688
	2030	285.363	287.572	572.935
Novara	2020	177.671	187.309	364.980
	2025	175.658	183.688	359.346
	2030	175.015	181.085	356.100
Torino	2020	1.079.491	1.151.455	2.230.946
	2025	1.060.161	1.125.493	2.185.654
	2030	1.046.766	1.102.231	2.148.997
Vercelli	2020	82.360	87.030	169.390
	2025	79.727	83.228	162.955
	2030	78.042	80.368	158.410

Figura n.9: Andamento della popolazione straniera in provincia di Cuneo nel 2022



Gli stranieri residenti a Cuneo al 1° gennaio 2023 erano 6.198 e rappresentavano l'11,2% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa rimane quella proveniente dalla Romania con il 24,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (20,1%) e dal Marocco (9,4%).

Figura n.10 : Rappresentazione delle comunità maggiormente presenti in provincia di Cuneo nel 2022

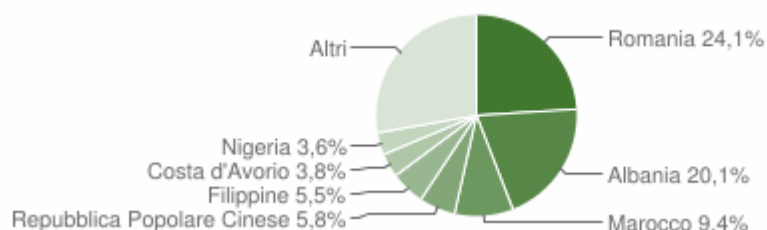
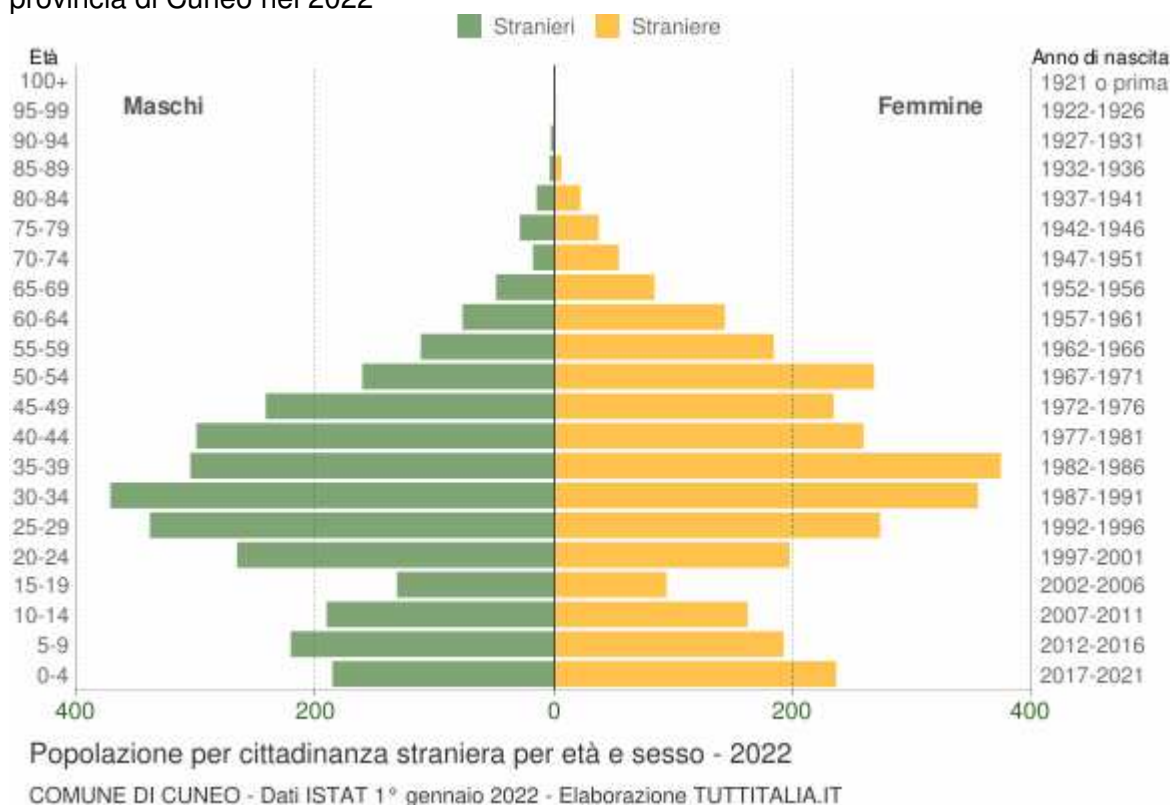


Figura n.11 : Distribuzione per genere ed età delle persone con cittadinanza non italiana presenti in provincia di Cuneo nel 2022



L'età media degli stranieri è più bassa di oltre 10 anni rispetto a quella degli italiani (35,7 anni contro 46 anni nel 2021). Si sta riducendo però il peso relativo dei minori, che rappresentano il 20,8% della popolazione straniera censita (quota pari al 21,3% nel 2001).

Il calo di popolazione non è dovuto solo al saldo naturale negativo ma è da attribuire in parte anche alla diminuzione della popolazione straniera.

Il Comune di Cuneo a febbraio ha istituito il punto Meet che, in accordo con il Consorzio Socio Assistenziale, la Prefettura, la Caritas diocesana e la rete delle parrocchie, la Croce Rossa, alcune Associazioni di volontariato e l'ASLCN1, funge da punto di riferimento per i rifugiati ucraini presenti sul territorio.

A marzo la Regione ha erogato i voucher ospitalità per favorire l'accoglienza dei profughi ucraini che in provincia sono stati di numero contenuto e non hanno impattato in maniera significativa sui servizi sanitari.

Secondo la ricerca IRES "L'evoluzione della struttura familiare in Piemonte" i nuclei risultano in incremento quantitativo in proporzione al polverizzarsi del numero di componenti legati alla natalità, alle separazioni, alla longevità che vede spesso rimanere un solo coniuge e ad una diminuzione delle convivenze stabili dichiarate, a partire dai matrimoni, in possibile relazione ad un aumento della sfiducia sociale rispetto ai legami intimi, amplificata dal post Covid e dalle esperienze di solitudine e incomunicabilità. In provincia di Cuneo una famiglia è formata da 2,2 persone nel 2022, quando nel 1971

era di 3,7 componenti. Il 36,8% risulta monadica, il 22,6% delle famiglie è costituita da coppie senza figli, il 27,7% di coppie con figli: 8,3% monogenitoriali con madre e l'1,9% con solo padre. Nonostante lo stanziamento regionale di 4,7 milioni di euro ai comuni per migliorare i servizi di supporto e favorire politiche di welfare attivo, soprattutto nei servizi per l'infanzia e per i portatori di disabilità e l'ampliamento legislativo nazionale per favorire i congedi di paternità e il congedo facoltativo, le condizioni rimangono sempre inadeguate alle crescenti esigenze delle persone, soprattutto delle donne in età lavorativa. Secondo la classifica "sul benessere nei territori" pubblicata dal quotidiano economico "Il Sole 24 Ore", nel 2022 Cuneo è al primo posto tra le province piemontesi ed è la 36^a città d'Italia per qualità della vita, perdendo 2 posizioni a livello nazionale rispetto al 2021, conquistando il terzo posto nazionale per tasso di occupazione.

Molto positive le performance di Cuneo su sicurezza e giustizia, ricchezza e consumi, ambiente e servizi; meno bene sui fronti di affari e lavoro, cultura e tempo libero. Tra gli items che rendono Cuneo un'eccellenza a livello nazionale spiccano nella sezione "Affari e lavoro" grazie il 7° posto per numero di startup innovative e soprattutto il terzo posto nazionale per tasso di occupazione, con il 74,63% di persone comprese tra i 20 e i 64 anni che lavorano, contro una media nazionale del 63,17%.

Indicativa la ventesima posizione (-11 rispetto al 2021) per quanto riguarda la sezione "Ambiente e servizi", anche rispetto al problema crescente della siccità dove però Cuneo è risultata soltanto la seconda città con meno giorni consecutivi senza pioggia.

Nella sezione "Giustizia e sicurezza", Cuneo si colloca al 12° posto generale, perdendo solo una posizione rispetto all'anno 2021, risultando 14^a per indice di criminalità, con 2.394 denunce ogni 100mila abitanti, 20^a per durata media delle cause civili, pari a 325,61 contro i 562 di media nazionale e soprattutto decima per indice di litigiosità, con 719,98 cause civili ogni 100mila abitanti. Molto più bassi, invece, i dati che riguardano i crimini violenti come rapine, scippi, furti in appartamenti e spaccio di stupefacenti. Secondo l'analoga indagine condotta dal quotidiano economico, giuridico e politico "Italia Oggi", la provincia di Cuneo, nel 2022 si è classificata al 12° posto, acquisendo 11 posizioni rispetto l'anno prima in quanto si era collocata alla 23^a posizione.

Lo stato di salute della popolazione è stata significativamente condizionata dalla pandemia anche se la lettura sistemica in termini di salute richiederà un periodo di osservazione più lungo.

Le segnalazioni di malattie infettive sono gestite a livello locale delle ASL e vengono notificate al livello regionale, tramite segnalazioni che si riferiscono a casi di malattia infettiva confermati (secondo la normativa vigente²⁸).

L'ASL CN1 monitora l'**andamento dei casi di Covid-19**, come previsto dal Piano Pandemico.

I casi di Covid-19 vengono identificati come persone positive ai tamponi diagnostici, cioè i primi tamponi effettuati per accertare la positività e non quelli effettuati per conferma di guarigione o di fine isolamento. Il 2022 si chiude con una proporzione di positività Covid-19 del 6% e, per l'intero anno, la numerosità dei casi è stata al di sotto di quella dei due anni precedenti²⁹.

Ripercorrendo le varie fasi, il 2022 era iniziato con un livello di positività del 26% circa, che era scesa tra il 7% e il 10% in estate, mostrando poi un'impennata in autunno con il 19% di positivi e si è attestata al 6-7% a fine anno (12% rispetto al periodo precedente).

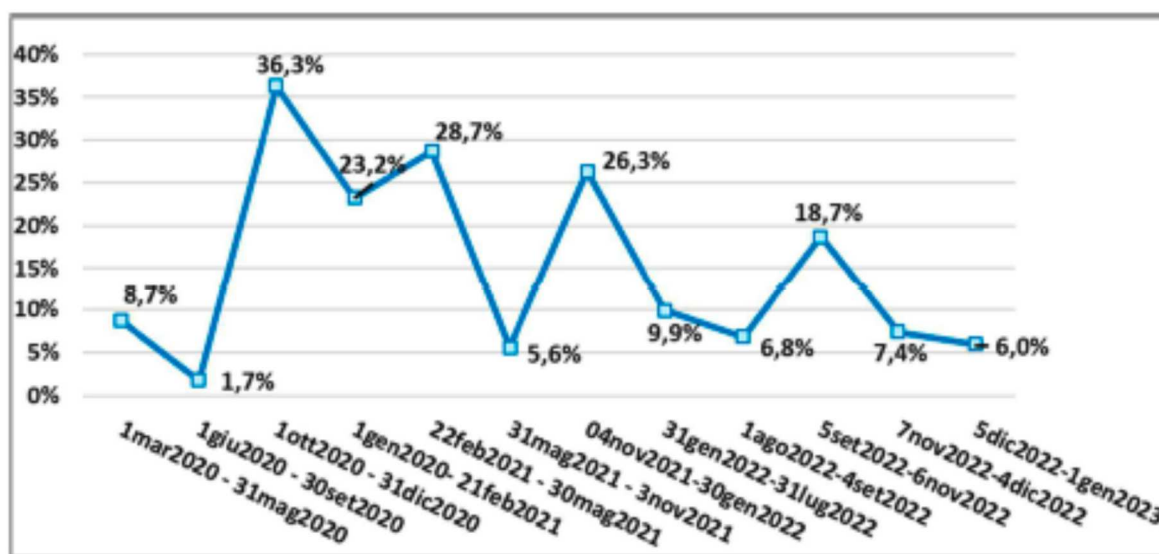
Alla fine del 2022, i dati dei Distretti mostravano un andamento abbastanza omogeneo, anche se il Distretto Sud-Est raggiunge una positività leggermente più elevata (8-9%) degli altri (dal 4% al 7%).

Nel 2022 l'età media dei casi è gradualmente risalita dai 38 anni a un'età media simile a quella della prima fase pandemica (65 anni): 47 anni a luglio 2022, 55 anni a settembre e 62 anni a dicembre. La distribuzione dei casi per età, mostra un gradiente all'aumentare dell'età, con gli ultraottantenni che rappresentano il 25% dei casi.

²⁸ www.seremi.it.

²⁹ Fonte dati: <https://rupcovid.sdp.csi.it/>

Figura n. 12: Andamento della proporzione di positività (data dal rapporto tra le persone positive al primo tampone diagnostico e le persone testate per la prima volta) dall'inizio dell'emergenza



Il Sub-obiettivo 4.5.3 assegnato ai Direttori Generali nel 2022 prevedeva l'organizzazione di centri vaccinali e il coordinamento delle attività degli MMG/PLS per **la somministrazione di vaccini Covid 19** sulla base dei programmi nazionali. Il contributo specifico dell'AO è descritto nel paragrafo 5.1.

La **presenza di patologie croniche** sul territorio dell' ASL CN1 viene stimata attraverso le diagnosi mediche di cronicità ricevute dagli intervistati P.A.S.S.I.³⁰. e contemplano: cardiopatie (infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o altre malattie del cuore), ictus o ischemia cerebrale, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie respiratorie croniche (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), diabete, malattie croniche del fegato e/o cirrosi, insufficienza renale.

Dai dati 2020-2021 emerge che il 14% degli intervistati è affetto da una malattia cronica, e che il 3% è affetto da due o più patologie. Questi dati sono di poco al di sotto di quelli regionali, ma non in modo statisticamente significativo: 16% con una patologia e 5% con due patologie, in Piemonte. Le differenze tra i sessi in termini di cronicità sono minime.

La proporzione di donne con una patologia è pari al 12% e quindi leggermente inferiore rispetto agli uomini, tra i quali è del 17%, ma la differenza non è statisticamente significativa.

Per quanto riguarda la presenza di almeno due patologie, la prevalenza è del 2-3% in entrambi i sessi.

Come atteso, la prevalenza di soggetti cronici aumenta all'aumentare dell'età³¹: il 7% dei 18-34 anni ha ricevuto almeno una diagnosi di malattia cronica, questa percentuale sale al 15% tra i 35-49enni e al 25% tra i 50-69enni; la proporzione più elevata nelle classi di età più avanzate è statisticamente significativa rispetto ai giovani.

I principali fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, evidenziando le differenze di genere e quelle generazionali. Per quanto riguarda il genere, i dati mostrano una differenza, statisticamente significativa a favore delle donne rispetto al fumo, all'eccesso ponderale e al consumo di alcol; al contrario gli uomini sono significativamente più attivi. Per quanto riguarda le differenze generazionali, quelle più importanti si osservano per l'eccesso ponderale dove la prevalenza tra i 50-69enni è statisticamente più elevata rispetto ai giovani; al contrario i 18-34enni

³⁰ Sorveglianza di Popolazione P.A.S.S.I. che raccoglie in continuo informazioni dalla popolazione adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e sui fattori di rischio connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. I dati vengono raccolti attraverso delle interviste telefoniche effettuate su un campione di 550 residenti in ASL CN1.

³¹ Fonte dati: www.epicentro.iss.it/passi.it

sono soggetti al consumo di alcol fuori pasto ed episodico eccessivo in modo significativamente più elevato rispetto alle altre classi di età.

La pandemia e soprattutto la post pandemia fanno registrare gli effetti dell'aumento di cattive abitudini precedentemente in lieve calo tra cui il fumo, il consumo di alcool e di sostanze di varia natura, spesso procurate nel mercato web, con un allarmante aumento della circolazione di crack soprattutto in città.

Il sensibile aumento dell'attività fisica domestica durante la pandemia è stata invece seguita da un arretramento post pandemico e da una riduzione di abbonamenti nelle palestre slegate da società sportive, in parallelo ad un aumento della quantità di cibo consumato e ad un peggioramento della qualità dei pasti. Dalle ricerche PASSI emerge come siano le donne ad aumentare i gap a loro sfavore: sono infatti passate dal 16,2% al 18,4% in un anno le donne che si dichiarano fumatrici e il 28,5% quelle che dichiarano di praticare regolarmente attività sportiva contro il 29,5% degli uomini e 2 punti percentuali in meno rispetto allo scorso anno.

Figura n.13: Differenze di genere rispetto agli stili di vita che incidono maggiormente sulla salute

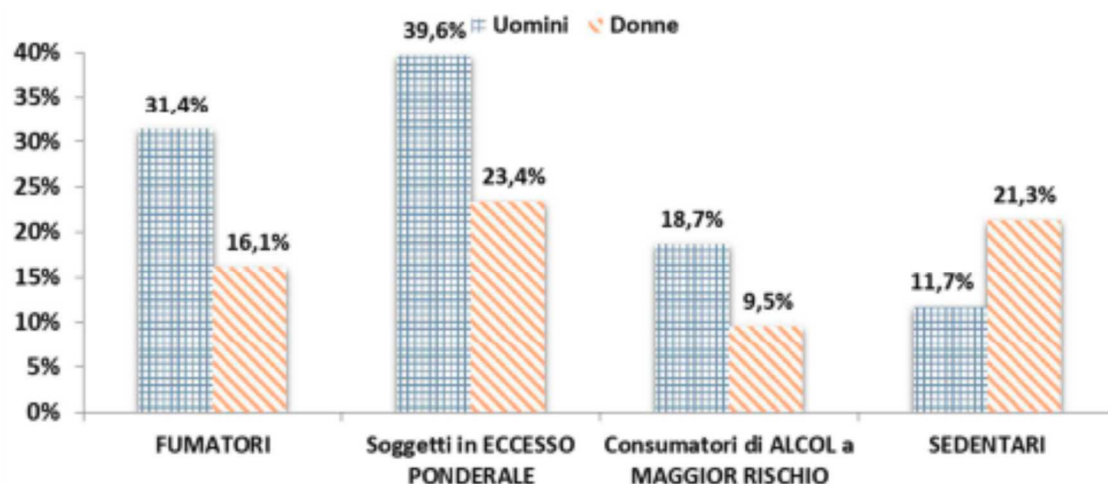
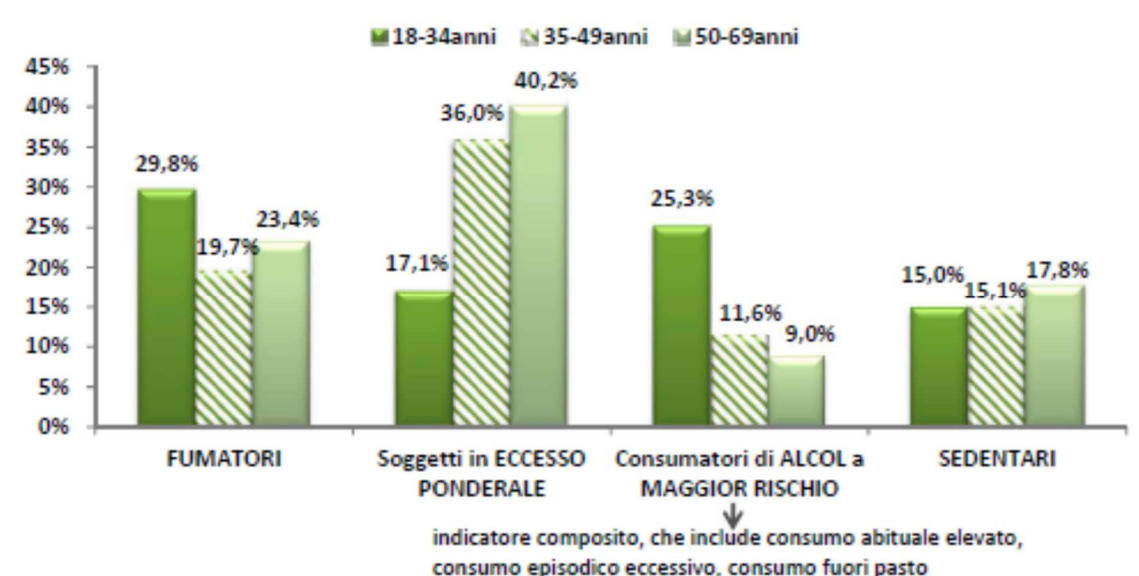


Figura n.14: Differenze generazionali rispetto agli stili di vita che incidono maggiormente sulla salute



Altra situazione preoccupante, letta unitamente al numero di incidenti stradali ed ai loro esiti, è rappresentata dal 66,3% della popolazione di 11 anni e più che dichiara di aver consumato almeno una

bevanda alcolica nel corso dell'anno; il 54,4% beve vino in quantità imprecisata, il 50,4% consuma birra e il 45,4% aperitivi alcolici, amari, superalcolici o liquori.

Rispetto agli incidenti stradali emerge un primato negativo regionale per la provincia dato dal tasso di mortalità (8,3 vittime per 100 mila abitanti: quasi il doppio di quello nazionale e regionale). Tra le cause la guida distratta soprattutto per stanchezza e uso di smartphone, l'eccesso di velocità e il mancato rispetto delle precedenza, l'abuso di alcool, anche qui abitudine sociale considerata, in base alle dichiarazioni, più alta che nel resto del Paese.

Gli anni 2021 e 2022 sono stati pesanti sotto il profilo della sicurezza sul lavoro, anche nel cuneese: secondo quanto emerge dal rapporto dell'Osservatorio sicurezza sul lavoro Vega Engineering su dati Inail, Cuneo è l'ottava provincia in Italia per numero di infortuni mortali (e 12sima per l'incidenza sugli occupati) avvenuti in ambito lavorativo, con 22 decessi (sul totale di persone occupate vicino alle 260.000 unità) nel 2021 (per il 2022 il dato non è ancora disponibile): morti bianche per le quali in Piemonte la Granda è seconda soltanto a Torino e sui numeri assoluti, il Piemonte pesa quasi col 10% (92 casi). Per quanto riguarda i comparti si conferma il primato per le costruzioni, seguite da manifatturiero e trasporti; sotto il 10% il commercio, meno del 5% gli altri settori.

Nel cuneese, come spesso ricorda la cronaca, sono molti gli incidenti in agricoltura. Senza considerare gli infortuni in itinere, sono 91 (10% circa) le donne coinvolte e 144 (15% circa) le persone di origine straniera, con incidenza molto più alta della media sul totale degli occupati. Due terzi del totale per la fascia di età 45-64 anni; tra gli over 65, l'incidenza è più che doppia.

Gli Stati Generali convocati a fine novembre presso la Provincia a cui hanno partecipato 200 rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, oltre al presidente della Provincia, Ispettorato del Lavoro, Inail, Confcommercio, Confindustria, Confcooperative, LegaCoop, Confartigianato, Spresal Asl CN1, Spresal Asl CN2 hanno evidenziato il peggioramento del fenomeno e provato a trovare soluzioni e sentire proposte che arrivano da istituzioni e associazioni di categoria: in primis la formazione precoce, costante e diffusa, unitamente all'incremento di attività ispettive non meramente sanzionatorie ma di gestione del rischio collaborativa in ottica preventiva sistemica, nonché l'analisi dei percorsi e dei trasporti con un'operativizzazione dei mobility manager.

Nel corso degli eventi attorno al 25 novembre è stato evidenziato un aumento degli episodi di violenza a carico delle donne, analizzati anche in relazione ai fattori socio economico culturali che incidono più o meno esplicitamente.

Le criticità dei sistemi sanitari rispetto al fabbisogno della popolazione sono state accresciute dall'epidemia da Covid- 19, in quanto tutte le ASR sono state assorbite dai problemi di gestione del paziente, dalla prevenzione delle infezioni, dal tracciamento dei contatti, dalle vaccinazioni e dall'isolamento dei malati ricoverati.

Tutte le altre prestazioni hanno quindi subito dei pesanti rallentamenti; le liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri programmati si sono allungate e hanno accresciuto il disagio dei cittadini, generando anche un senso quasi di frustrazione degli operatori sanitari.

Figura n.15: Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2022 (criterio: casi)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2020	2021	2022 (previsione)	2022 vs. 2021	
						N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area SUD	586	352	375	417	42	11,1%
	P.O. Area NORD	2.566	1.978	1.503	1.515	12	0,8%
	TOTALE	3.152	2.330	1.878	1.932	54	2,9%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	28.221	21.201	23.052	24.904	1.852	8,0%
	Altro	10.388	8.548	9.795	9.335	-460	-4,7%
	TOTALE	38.609	29.749	32.847	34.239	1.392	4,2%

Figura n.16: Mobilità intraregionale ricoveri 2019-2022 (criterio: valore)

TIPO MOBILITA'	EROGATORE	2019	2020	2021	2022 (previsione)	2022 vs. 2021	
						N°	%
Mobilità attiva	P.O. Area SUD	1.983.625	1.214.298	1.228.830	1.250.753	21.923	1,8%
	P.O. Area NORD	7.522.231	6.444.878	5.477.087	5.155.895	-321.192	-5,9%
	TOTALE	9.505.856	7.659.176	6.705.917	6.406.648	-299.269	-4,5%
Mobilità passiva	ASO Cuneo	98.392.553	79.208.350	87.534.528	92.296.835	4.762.307	5,4%
	Altro	39.928.765	35.438.114	41.605.052	41.008.838	-596.214	-1,4%
	TOTALE	138.321.318	114.646.464	129.139.580	133.305.673	4.166.093	3,2%

Figura n.17: Mobilità passiva specialistica ambulatoriale 2019-2022

EROGATORE	2019		2020		2021		2022 (proiezione)		2022 vs. 2021			
	Pre prestazioni	Tariffa	Pre prestazioni	Tariffa	Pre prestazioni	Tariffa	Pre prestazioni	Tariffa	Pre prestazioni	Tariffa		
ASO Cuneo	1.573.706	32.792.244	1.230.892	28.145.590	1.480.431	33.016.716	1.560.956	37.651.149	80.525	5,4%	4.634.433	14,0%
Altro	311.465	7.713.110	266.463	6.685.059	300.770	7.867.729	323.197	8.551.377	22.427	7,5%	683.648	8,7%
TOTALE	1.885.171	40.505.355	1.497.355	34.830.649	1.781.201	40.884.445	1.884.153	46.202.526	102.952	5,8%	5.318.082	13,0%

Figura n.18: Mobilità attiva specialistica ambulatoriale 2019-2022

TIPO MOBILITA'	2019		2020		2021		2022 (proiezione)		2022 vs. 2021			
	Prest.	Tariffa	Prest.	Tariffa	Prest.	Tariffa	Prest.	Tariffa	Prest.	Tariffa		
Intraregionale	134.801	2.506.651	100.906	1.371.174	125.578	1.820.655	132.883	1.966.825	7.305	5,8%	146.170	8,0%
Extra-regionale	87.179	1.328.491	42.909	676.982	53.473	799.623	64.073	849.280	10.600	19,8%	49.657	6,2%
TOTALE	221.980	3.835.142	143.815	2.048.156	179.051	2.620.278	196.956	2.816.105	17.905	10,0%	195.827	7,5%

Figura n.19: Prestazioni Area Psichiatria anni 2020-2022

SPDC del DSM	n. posti letto	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
AO Cuneo	16	521	540	581
Savigliano	16	291	295	333
Mondovì	16	284	313	330
Totali	48	1096	1148	1244

I dati conclusivi di copertura da inviti e da **esami sugli screening** nell'anno 2022, per il territorio corrispondente al Programma n. 4, sono in linea con quanto previsto nel documento di Valutazione di Processo emesso mensilmente da parte dell'UVOS. L'88% delle donne operate di tumore al seno guarisce, come emerge dal monitoraggio nazionale a dieci anni e questo rende ancora più importante l'investimento nella prevenzione, come ribadito nelle diverse iniziative rivolte alla popolazione.

Circa lo screening dei tumori del grosso intestino si è assistito al passaggio al nuovo protocollo che, a fronte della revoca del test rettosigmoidoscopico, ha determinato un notevole incremento delle procedure di approfondimento diagnostico colonscopico a causa dell'inclusione di numerose coorti di assistiti eleggibili alla convocazione al test. I risultati raggiunti nel corso dell'anno 2022 segnalano la necessità di continuare ad investire su questo processo al fine di raggiungere lo standard previsto sulla copertura da inviti (84.2%) che ora sono attestati sul 56.6%. Il Direttore dell'UVOS ha convocato incontri operativi con

i Responsabili delle endoscopie per monitorare costantemente l'andamento della risposta/offerta e riprogrammare in relazione alle risorse effettive.

Figura n. 20: Attuazione copertura screening 2022, come da obiettivo n. 4.2 assegnato ai Direttori Generali

	ATTESO	MINIMO	% RAGGIUNGIMENTO PROGRAMMA N.4
SCREENING MAMMOGRAFICO ETA' 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100,0%	97,0%	92,3%
SCREENING MAMMOGRAFICO ETA' 50-69 ANNI COPERTURA ESAMI: numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	55,0%	50,0%	54,3%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETA' 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra gli inviti sia quelli relativi al pap-test che al test per l'hpv primari)	100,0%	97,0%	100,7%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETA' 25-64 ANNI COPERTURA ESAMI: numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale (sono conteggiati tra i test di screening sia i pap test che il test per l'hpv primari)	50,0%	45,0%	44,4%
SCREENING COLO-RETTALE ETA' 58 ANNI COPERTURA INVITI: numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100,0%	97,0%	56,6%
SCREENING COLO-RETTALE ETA' 58 ANNI COPERTURA ESAMI: numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o fit (incluse adesioni spontanee) / popolazione bersaglio annuale	40,0%	35,0%	42,2%

Con Deliberazione del Direttore Generale dell'AO S. Croce e Carle n. 643 del 23/12/2022 "Recepimento deliberazione n. 420 del 13/12/2022 dell'ASL CN1 di Cuneo recante "Piano di Attività Screening Oncologici anno 2022 – Programma n.4 (ASL CN1 – ASL CN2 – AO S. CROCE E CARLE)" il Gruppo di progetto Coordinamento attività di screening oncologico di Quadrante ha impostato l'attività 2023 sulla base dell'andamento 2022.

Il Centro Accoglienza e Servizi CAS ospedaliero si è fatto carico nel 2022 di oltre 4.000 e di oltre 3.200 visite dei Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC).

2.2 Contesto interno dell'Amministrazione

Il funzionamento dell'Azienda è illustrato nell'Atto Aziendale e nel Piano di Organizzazione³² e reso accessibile alla popolazione, relativamente alle informazioni di maggiore interesse, nelle apposite aree del portale aziendale^{33 34}.

Il PIAO 2023³⁵, e i documenti che progressivamente vengono redatti e pubblicati sul portale istituzionale, riportano, dai punti di osservazione previsti dalle specifiche normative, elementi di contesto aggiornati.

³² http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/disposizioni_generali/atti_generali/

³³ http://www.ospedale.cuneo.it/ospedale/reparti_servizi_ambulatori/?no_cache=1

³⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/>

³⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

3 OBIETTIVI E RISULTATI RAGGIUNTI

Nei paragrafi seguenti sono riportati i dati che danno evidenza dell'attuazione di quanto prospettato nel Piano Performance riferito al 2022³⁶ e poi sintetizzati in maniera integrata nel PIAO 2022³⁷.

3.1 Mandato istituzionale e Mission

La mission istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri stakeholders³⁸, e nel caso specifico delle Aziende Sanitarie, prima di tutto di utenti -cittadini.

La mission dell'Azienda Ospedaliera³⁹ è stata riesaminata in occasione della revisione dell'Atto Aziendale e riconosciuta nella sua essenzialità e attualità per la realizzazione del Valore Pubblico connesso al mandato istituzionale di questa ASR.

La mission aziendale si estrinseca nel farsi carico dei bisogni di salute dei cittadini 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 qualità di HUB provinciale, l'Azienda promuove la collaborazione e l'integrazione con i servizi delle Aziende Sanitarie Locali del territorio di pertinenza corrispondente all'Area Omogenea del Piemonte Sud Ovest, 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 riguardo alle prestazioni ed ai trattamenti sanitari a cui deve essere sottoposto.

Informazioni ulteriori sono reperibili sul sito web aziendale, nelle Pubblicazioni per il cittadino⁴⁰ e nelle apposite sezioni previste dall'Amministrazione Trasparente⁴¹.

In base al DM schema tipo di PIAO (art. 3, comma 1, lett. a) il Valore Pubblico richiede un monitoraggio delle seguenti aree:

- i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione;
- le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle Pubbliche Amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.
- gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo.

Questa relazione con i suoi allegati contiene la descrizione degli elementi di realizzazione.

In allegato l'analisi interna degli elementi che possono maggiormente incidere nella realizzazione del Valore Pubblico.

³⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

³⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

³⁸ Moore, 1995; Rebora, 1999: p. 47; Deidda Gagliardo, 2002: p. 14; Borgonovi e Mussari, 2011

³⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

⁴⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

⁴¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=230>

3.2 Descrizione dell'Azienda

La descrizione dell'Azienda è contenuta nella parte I della Carta dei Servizi⁴² e in varie sezioni del sito web⁴³.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle è attiva dal 1 gennaio 1995 in seguito all'aziendalizzazione e all'unificazione 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). 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. È Ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione ai sensi del D.P.C.M. 23.04.1993.

È inserita nel Sistema Sanitario della Regione Piemonte, come confermato dalla Deliberazione del Consiglio Regionale (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 Aziendale⁴⁴ e descritti nel Piano di Organizzazione⁴⁵.

L'Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle espleta la sua attività istituzionale sanitaria attraverso due Presidi Ospedalieri :

- Ospedale S.Croce
- Ospedale Antonio Carle

Costituiscono ulteriori sedi operative le seguenti strutture:

- Sede amministrativa in Corso Brunet 19 A Cuneo;
- Sede della Direzione di Presidio e alcuni servizi in Via Monte Zovetto 18 Cuneo.

3.3 Contesto interno e attività 2022

Con DGR n. 51-2485 del 23/11/2015 e ss.mm.ii l'Azienda è stata individuata come Centro di Riferimento regionale per le seguenti patologie oncologiche: tumore della mammella, tumore del colon retto, tumori dello stomaco, tumori dell'esofago, tumori del pancreas e delle vie biliari, tumori del fegato, tumori ginecologici (GIC unico interaziendale), tumori cutanei, tumori toracopolmonari, tumori della testa e del collo, tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine, tumori urologici, tumori del sistema nervoso, tumori ematologici (leucemie acute, linfomi, mielomi, disordini linfoproliferativi cronici, sindromi mielodisplastiche).

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

La Regione Piemonte a inizio febbraio 2022 ha dato indicazioni alle Aziende sanitarie per procedere ad una progressiva ripresa delle attività ordinarie negli ospedali sia mediche che chirurgiche ed ambulatoriali, sulla base della favorevole variazione dell'andamento epidemiologico Covid degli ultimi giorni.

La nota della Regione riguardava l'attività di ricovero procrastinabile (ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità B e C, ricoveri elettivi con classe di priorità D); l'attività ambulatoriale e clinico-strumentale procrastinabile (prestazioni in classe P e D) e la libera professione intramuraria, da erogarsi nel rispetto delle misure di prevenzione anti Covid-19, tenendo conto della situazione sanitaria ed organizzativa a livello di singola azienda sanitaria, continuando ad assicurare le risorse necessarie alle attività essenziali al contrasto della pandemia, soprattutto qualora l'andamento pandemico avesse subito un

⁴² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

⁴³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=169>

⁴⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

⁴⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

peggioramento, prevedendo una pronta e tempestiva riorganizzazione delle attività assistenziali in base alle mutate esigenze organizzative, come ampiamente “testato” nell’anno precedente. Nel contempo l’Assessorato alla Sanità ha definito, anche tramite il coinvolgimento di consulenti specifici e la creazione di task force, una modalità di monitoraggio e gestione delle liste di attesa, facendo ogni lunedì il punto della situazione e individuando gli obiettivi a breve termine.

Figura n. 21: Rappresentazione posti letto al 31.12.2022

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

Figura n. 22: Rappresentazione posti letto per raffronto con 2019 e 2021

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

L’Azienda è Ospedale hub nell’ambito dell’Area Omogenea del Piemonte Sud Ovest e della rete di emergenza-urgenza ed è sede di DEA II livello, ruolo pienamente conservato anche nel corso della pandemia con la necessaria riorganizzazione di tutte le prestazioni.

L’Azienda, al 31.12.2022, constava di 73 Strutture Sanitarie⁴⁶, 26 Tecnico-Amministrative e in Staff alla Direzione, 5 Funzioni, in cui lavoravano complessivamente 2.348 dipendenti.

I rapporti con le Istituzioni del territorio sono rivolti principalmente alla Regione Piemonte, all’ASLCN 1 e CN2 (Area Omogenea Piemonte Sud Ovest) ed agli Enti Locali.

Le relazioni con gli Enti Locali si esplicitano attraverso gli incontri con la Conferenza dei Sindaci⁴⁷.

La collaborazione con le Associazioni di volontariato si manifesta con progetti condivisi ed integrati e l’organismo ufficiale è rappresentato dalla Conferenza di Partecipazione⁴⁸ la cui composizione è stata aggiornata nel 2022, così come il Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato (delibera n. 79 del 24/02/2022).

Attraverso la Funzione Assistenza Sociale si garantisce la collaborazione con i Consorzi Socio Assistenziali (soprattutto rispetto ai percorsi necessari agli utenti “fragili”) e con i maggiori Patronati cittadini⁴⁹, anche tramite lo sportello presente nel presidio S. Croce.

L’attività dell’Azienda è descritta nelle pagine seguenti.

⁴⁶ Delibera 441 del 31.10.2018 Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo-Aggiornamento distribuzione posti letto di ricovero ordinario e diurno.

⁴⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

⁴⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

⁴⁹ [http://www.ospedale.cuneo.it/approfondimenti/sportello_sociale/;](http://www.ospedale.cuneo.it/approfondimenti/sportello_sociale/)
<http://www.ospedale.cuneo.it/comunicazione/news-comunicati/dettaglio-news/s-croce-nuova-sede-per-lo-sportello-informativo-sociale-2606/>

Figura n.23: Accessi DEA 2022 suddivisi per genere e cittadinanza

SESSO	Accessi DEA	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
	63.984	7.969	5.769	2.200
F	31.509	3.949	2.747	1.202
M	32.475	4.020	3.022	998

Si sono registrati 7.180 accessi in più rispetto al 2021.

La percentuale di accessi di persone straniere è analoga a quella dell'anno precedente (12,45% versus 11,79% del 2021).

Figura n.24: Confronto accessi DEA 2019-2022 suddivisi per genere

SESSO	Anno	2019	2020	2021	2022
Totale		75.611	49.350	56.804	63.984
F		37.989	24.734	28.392	31.509
M		37.622	24.616	28.412	32.475

Figura n.25: Accessi DEA 2022 per codici colore in entrata

SESSO	Totale	%	F	M
COLORE ENTRATA TRIAGE	Accessi DEA	Accessi DEA	Accessi DEA	Accessi DEA
	63.984		31.509	32.475
A-Rosso	1.262	1,97	495	767
B-Arancione	12.917	20,18	5.930	6.987
C-Azzurro	10.075	15,74	5.085	4.990
D-Verde	37.774	59,03	19.086	18.688
E-Bianco	1.956	3,05	913	1.043

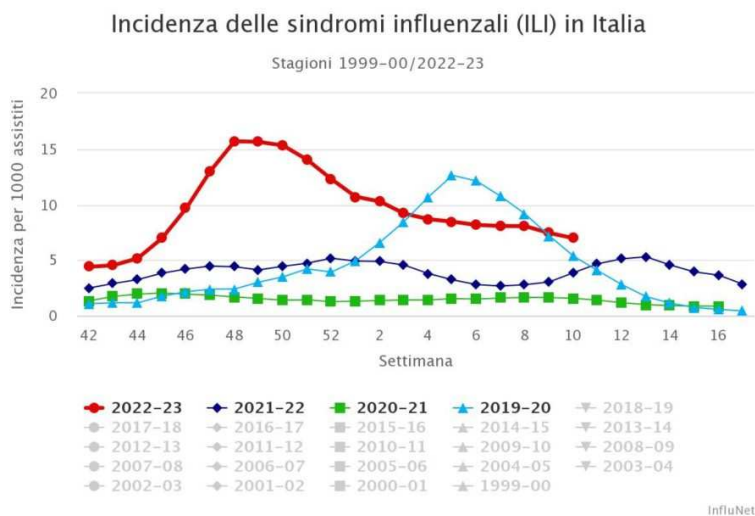
Figura n.26: Accessi DEA 2022 stratificati per mesi e codici colore

Colore Ingresso	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
A-Rosso	97	95	86	88	96	102	142	130	101	99	114	112
B-Arancione	1.002	927	1.076	1.053	1.025	1.037	1.097	1.170	1.012	1.183	1.113	1.222
C-Azzurro	645	664	778	762	849	862	955	965	847	847	896	1.005
D-Verde	2.651	2.678	3.423	3.158	3.508	3.483	3.397	3.240	2.927	3.273	3.054	2.982
E-Bianco	176	104	159	155	173	221	160	194	180	159	144	131

La stagione influenzale è stata di entità comparabile con quelle degli anni degli anni passati. La peculiarità è che il picco è stato abbastanza anticipato⁵⁰, cadendo nelle settimane 48-49, prima di Natale quando solitamente si raggiunge dopo (ad esempio nel 2019 è stato a gennaio inoltrato).

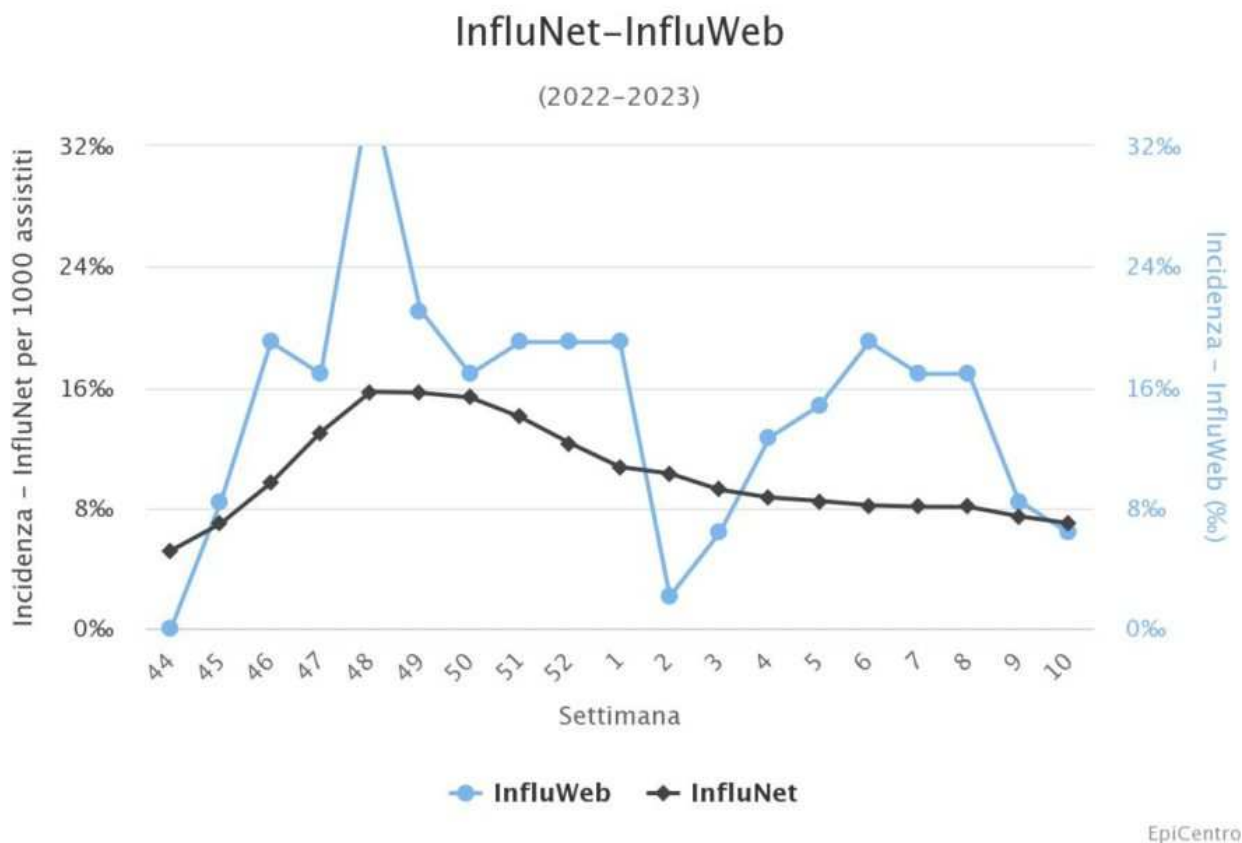
⁵⁰ https://trendsanita.it/non-solo-covid-e-influenza-un-bilancio-della-stagione-delle-tre-epidemie/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=dailypphc

Figura n.27: Incidenza delle sindromi influenzali



Dopo una rapida discesa che si è osservata fra gennaio e febbraio, l'incidenza è rimasta comunque alta, sempre intorno all'8-9% fino a marzo, con strascichi che si sono frammischiati con i fenomeni allergici primaverili, mutati contestualmente alla siccità. Si è registrata una “coda lunga” che fa sì che la curva non sia scesa sotto la soglia epidemica; forse dovuto al fatto che oltre al virus influenzale propriamente detto c'è stata una circolazione anche di virus parainfluenzali che hanno contribuito a tenere alta l'incidenza di sindromi influenzali.

Figura n.28: Incidenza delle sindromi influenzali



La sensazione è che ci sia stato un aumento delle vaccinazioni anche tra chi non appartiene alle categorie a rischio. Sulla scelta di usare dispositivi di protezione come la mascherina sui mezzi pubblici, il sentore è che questa sia diventata più frequente soprattutto da quando si è cominciato a vedere che l'attività influenzale non stava andando giù rapidamente come si pensava⁵¹. Dal punto di vista epidemiologico, la stagione influenzale è stata leggermente anomala per quanto riguarda le tempistiche, ma non per l'entità. Tuttavia ci sono stati dei momenti in cui comunque le strutture ospedaliere erano abbastanza sotto pressione per gli accessi dovuti alla circolazione contemporanea di virus. Sotto questo aspetto hanno giocato un ruolo importante anche i cosiddetti RSV, che hanno avuto un'incidenza più alta anche tra gli adulti, mentre di solito colpiscono soprattutto bambini e persone anziane: si tratta di virus che nei soggetti fragili possono causare polmoniti molto importanti. La circolazione del virus respiratorio sinciziale è stata decisamente più elevata rispetto agli anni passati, probabilmente a causa del fatto che con i lockdown e le misure anti-Covid siamo stati protetti per diversi anni e adesso siamo un po' più esposti. Se non si è verificata la "tempesta perfetta" che tutti si aspettavano, possiamo quindi dire di aver assistito a una triplice epidemia, con una conseguente pressione che si è fatta sentire sulle terapie intensive ma soprattutto sui Pronto Soccorso.

Quello che è stato notato è che quest'anno in molti, soprattutto gli anziani con pluripatologie ma non solo, hanno accusato oltre ai sintomi più diffusi quali febbre, tosse, mal di gola e mal di orecchie, anche un'insufficienza respiratoria che porta alla polmonite e che comporta una durata dei sintomi più lunga come la conseguente convalescenza, pertanto, per gestire questi pazienti, l'Azienda ha trasformato un reparto in area medica dedicata.

Sono aumentati in modo significativo i casi di intossicazione da monossido di carbonio nei mesi freddi (15 nel 2018, 5 nel 2019, 7 nel 2020 e nel 2021, 25 nel 2022), tanto da attivare campagne informative multilingue congiunte tra diversi enti per l'uso corretto delle stufette e la vigilanza sugli ambienti.

Figura n.29: Accessi DEA 2022 stratificati per mese e genere

SESSO	Totale	F	M
Mese	Accessi DEA	Accessi DEA	Accessi DEA
	63.984	31.509	32.475
gen	4.571	2.230	2.341
feb	4.468	2.219	2.249
mar	5.522	2.760	2.762
apr	5.216	2.564	2.652
mag	5.651	2.823	2.828
giu	5.705	2.813	2.892
lug	5.751	2.764	2.987
ago	5.699	2.864	2.835
set	5.067	2.412	2.655
ott	5.561	2.712	2.849
nov	5.321	2.647	2.674
dic	5.452	2.701	2.751

⁵¹ [FluNews](#). Data di ultima consultazione 28.03.2023

Figura n.30: Modalità di dimissione dal DEA 2022 per genere

SESSO	Totale	F	M
MOD_DIM_DESCR	Accessi DEA	Accessi DEA	Accessi DEA
	63.984	31.509	32.475
Deceduto	48	23	25
Giunto Cadavere	1	-	1
Ricoverato	12.646	6.463	6.183
Rifiuta il ricovero	450	213	237
Rinviato a Domicilio	46.530	23.092	23.438
Si allontana (con prestaz.)	908	381	527
Si allontana (senza prestaz.)	3.204	1.243	1.961
Trasf. presso Osp. di ricov.	182	91	91
Trasf.presso RSA RAF Osp.Comun	15	3	12

Giovedì 6 ottobre 2022 è stata inaugurata l' Osservazione Breve del PS: uno spazio nuovo con 18 letti di terapia semintensiva, 9 dei quali possono essere trasformati immediatamente in intensive e 8 postazioni di Osservazione Breve Intensiva (OBI), finanziati con il Piano Arcuri. La struttura è stata predisposta in modo da ottimizzare le risorse e rendere sicura e funzionale l'assistenza ai pazienti, studiate dopo l'esperienza Covid: porte scorrevoli, vetrate, visive orientate verso le consolle di monitoraggio in cui confluiscono i dati di controllo dei parametri vitali e le immagini delle telecamere posizionate su ogni posto letto. Sono presenti impianti e tecnologie all'avanguardia e sistemi di automazione sia per l'impianto luci che per la distribuzione dei gas medicali, con idonei sistemi di filtrazione e di distribuzione dell'aria regolabili a seconda delle condizioni del paziente.

Figura n.31: Accessi al DEA 2022 per codice colore alla dimissione e genere

SESSO	Totale	F	M
COLORE DIM.	Accessi DEA	Accessi DEA	Accessi DEA
	63.984	31.509	32.475
A-Rosso	1.227	487	740
B-Arancione	13.021	5.967	7.054
C-Azzurro	9.625	4.795	4.830
D-Verde	37.900	19.261	18.639
E-Bianco	2.211	999	1.212

Figura n.32: Accessi al DEA 2022 per fasce di età confrontati con 2021 e 2020 (Covid)

Fasce età	2020	2021	2022
Totale	49.350	56.804	63.984
0-9anni	4.361	4.933	6.903
10-19anni	3.216	4.090	5.077
20-29anni	5.392	6.080	6.872
30-39anni	6.195	7.358	7.721
40-49anni	5.685	6.202	6.431
50-59anni	6.216	7.461	7.575
60-69anni	5.780	6.634	7.362
70-79anni	6.374	7.026	7.840
80-89anni	5.037	5.725	6.627
90-99anni	1.084	1.284	1.556
Centenari	10	11	20

Figura n. 33: Tempi di permanenza medi in Pronto Soccorso in base a codice colore gennaio-dicembre 2022 confrontati con 2020 (Covid) e 2021

Anno	2020		2021		2022	
Colore ingresso	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media
Totale	49.350	4 h : 6 m	56.804	4 h : 14 m	63.984	4 h : 45 m
A-Rosso	956	4 h : 32 m	1.009	4 h : 23 m	1.262	4 h : 37 m
B-Arancione	9.417	5 h : 28 m	11.090	5 h : 21 m	12.917	5 h : 51 m
C-Azzurro	5.871	5 h : 14 m	7.358	5 h : 6 m	10.075	5 h : 59 m
D-Verde	31.265	3 h : 32 m	35.726	3 h : 43 m	37.774	4 h : 9 m
E-Bianco	1.841	2 h : 50 m	1.621	3 h : 36 m	1.956	3 h : 1 m

Figura n. 34: Tempi di permanenza medi in Pronto Soccorso –Osservazione Breve in base a codice colore gennaio-dicembre 2022 confrontati con 2020 (Covid) e 2021

Anno	2022					
OSS. BREVE	Totale		NO - Oss. Breve		SI - Oss. Breve	
Colore ingresso	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media
Totale	63.984	4 h : 45 m	59.202	3 h : 47 m	4.782	16 h : 43 m
A-Rosso	1.262	4 h : 37 m	1.085	2 h : 41 m	177	16 h : 28 m
B-Arancione	12.917	5 h : 51 m	10.917	4 h : 6 m	2.000	15 h : 23 m
C-Azzurro	10.075	5 h : 59 m	9.066	4 h : 43 m	1.009	17 h : 24 m
D-Verde	37.774	4 h : 9 m	36.205	3 h : 33 m	1.569	18 h : 1 m
E-Bianco	1.956	3 h : 1 m	1.929	2 h : 50 m	27	16 h : 34 m

Il tempo medio globale di permanenza dei pazienti in PS nel 2022 è stato pari a 4 ore e 14 minuti, rispettando quindi lo standard richiesto per un DEA di II livello (≤ 6 ore). Si precisa inoltre che, essendo la percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA pari a 8,83%, scorrendo dal totale il tempo di OBI, il tempo medio di permanenza in PS risulta essere 3 ore e 3 minuti. Questo dato mostra il raggiungimento dell'obiettivo assegnato al Direttore Generale 2.5.5.

Sono cominciati i lavori di adeguamento per la revisione dei percorsi del Pronto Soccorso / DEA, con la creazione di posti di Osservazione Breve.

La tabella n.35 seguente illustra, per il periodo oggetto di monitoraggio dell'obiettivo 2.5.2 assegnato al Direttore Generale, il numero e la percentuale di pazienti per i quali il tempo intercorso fra diagnosi e assegnazione del ricovero sia diverso da 0,00.

Accessi in Pronto Soccorso seguiti da ricovero			
Mese	Accessi	Accessi per i quali la differenza tra data-ora di dimissione e data-ora di indicazione al ricovero sia diversa da 0,00	%
Gennaio	857	735	86%
Febbraio	771	681	88%
Marzo	911	805	88%
Aprile	789	696	88%
Maggio	886	771	87%
Giugno	841	726	86%
Luglio	861	740	86%
Agosto	902	772	86%
Settembre	797	692	87%
Ottobre	867	740	85%
Novembre	812	694	85%
Dicembre	927	784	85%

L'obiettivo raggiunto mostra l'entrata a regime della gestione aziendale del monitoraggio del boarding e dei processi sottostanti.

Secondo le indicazioni contenute nelle "Linee di indirizzo regionali per il controllo e la gestione del boarding versione 04.07.2022", si è provveduto alla rilevazione giornaliera del boarding, alla registrazione del dato su specifica piattaforma regionale e all'organizzazione di audit aziendali mensili in riferimento agli aspetti clinico assistenziali ed organizzativi con valutazione di specifici indicatori di qualità del servizio, appropriatezza organizzativa, appropriatezza clinica del triage e della presa in carico.

Nei casi non considerati nella tabella l'assegnazione della diagnosi ed il ricovero sono stati contestuali per assenza di tempo di permanenza. Una percentuale dei pazienti con boarding zero è rappresentata da casi per i quali è stata necessaria la conversione dalla condizione di Osservazione Breve Intensiva a quella di ricovero.

La Deliberazione n. 463 del 27.09.2022 "Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento in Pronto Soccorso", ha aggiornato la revisione n. 3 del suddetto Piano.

Figura n. 36: Situazione ricoveri successivi ad ingresso da Pronto Soccorso nel 2022 per codice colore all'ingresso

Anno	2022					
RICOVERATO	Totale		Non ricoverato		Seguito da ricovero	
Colore ingresso	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media	Accessi	Permanenza media
Totale	63.984	4 h : 45 m	51.383	4 h : 33 m	12.601	5 h : 33 m
A-Rosso	1.262	4 h : 37 m	304	8 h : 55 m	958	3 h : 15 m
B-Arancione	12.917	5 h : 51 m	7.891	6 h : 3 m	5.026	5 h : 31 m
C-Azzurro	10.075	5 h : 59 m	7.257	5 h : 45 m	2.818	6 h : 35 m
D-Verde	37.774	4 h : 9 m	34.033	4 h : 0 m	3.741	5 h : 27 m
E-Bianco	1.956	3 h : 1 m	1.898	2 h : 59 m	58	4 h : 10 m

Figura n. 37: Distribuzione 2022 dei pazienti ricoverati per regime di ricovero e genere

SESSO	Totale	F	M
Regime	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	28.602	14.050	14.552
RO	21.119	10.508	10.611
DH	7.483	3.542	3.941

Rispetto al 2021 si è registrato un aumento complessivo di 8799 ricoveri, di cui 1316 ricoveri ordinari in più e 919 day hospital in più.

Figura n. 38: Confronto prestazioni aziendali in Ricovero ordinario anni 2019-2022 analizzati per genere

Regime	Sesso	Anno	2019	2020	2021	2022
Totale			23.607	18.662	19.803	21.119
RO	F		11.599	9.371	10.023	10.508
RO	M		12.008	9.291	9.780	10.611

Figura n. 39: Confronto prestazioni aziendali in Day Hospital anni 2019-2022 analizzati per genere

Regime	Genere	Anno	2019	2020	2021	2022
Totale			8.780	5.475	6.594	7.483
DH	F		4.248	2.601	3.156	3.542
DH	M		4.532	2.874	3.438	3.941

Figura n. 40: Distribuzione 2022 dei pazienti ricoverati suddivisi per fascia di età e genere

SESSO	Totale	F	M
Fascia 10 anni	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	28.602	14.050	14.552
a) da 0 a 10	2.537	1.187	1.350
b) da 11 a 20	716	328	388
c) da 21 a 30	1.952	1.360	592
d) da 31 a 40	2.401	1.842	559
e) da 41 a 50	2.129	1.150	979
f) da 51 a 60	3.260	1.471	1.789
g) da 61 a 70	4.879	1.874	3.005
h) da 71 a 80	6.158	2.521	3.637
i) da 81 a 90	3.922	1.903	2.019
j) da 91 a 100	647	413	234
k) oltre 100	1	1	-

Figura n.41: Confronto statistiche sanitarie relative ai ricoveri ordinari 2022-2021- 2020- 2019

Anno	RO 2019	RO 2020	RO 2021	RO 2022
Dimessi	23.607	18.662	19.803	21.119
Giornate	184.207	141.869	151.353	160.948
Degenza media	7,80	7,60	7,64	7,62
Ricoveri < 2gg	1.801	1.491	1.616	1.645
Deceduti	859	946	866	847
Ricoveri Ripetuti	801	542	592	631
Ricoveri Ripetuti %	3,39%	2,90%	2,99%	2,99%
Peso DRG	42.672,73	34.937,18	37.748,35	39.642,20
Peso DRG per dimesso	1,81	1,87	1,91	1,88
Prevalenza casi MEDICI	14.796	12.125	12.205	12.764
Prevalenza casi MEDICI %	62,68%	64,97%	61,63%	60,44%
Prevalenza casi CHIR.	8.811	6.537	7.598	8.355
Prevalenza casi CHIR. %	37,32%	35,03%	38,37%	39,56%

Figura n.42 Confronto statistiche sanitarie relative ai DH 2022- 2021- 2020- 2019

Anno	DH 2019	DH 2020	DH 2021	DH 2022
Dimessi	8.780	5.475	6.594	7.483
Accessi	16.763	8.989	10.242	11.248
Accessi medi	1,91	1,64	1,55	1,50
Prevalenza accessi Diagn.	459	378	428	501
Prevalenza accessi Diagn. %	5,23%	6,90%	6,49%	6,70%
Prevalenza casi MEDICI	3.643	2.138	2.660	2.748
Prevalenza casi MEDICI %	41,49%	39,05%	40,34%	36,72%
Prevalenza casi CHIR.	5.137	3.337	3.934	4.735
Prevalenza casi CHIR. %	58,51%	60,95%	59,66%	63,28%
Ricoverati	8.780	5.475	6.594	7.483
Casi proprio bacino	6.179	3.749	4.380	5.034
Indice di attrazione	29,62%	31,53%	33,58%	32,73%
Decessi	0	0	0	0
Peso DRG	9.125,74	6.227,37	7.427,24	8.072,41
Peso DRG per dimesso	1,04	1,14	1,13	1,08

Figura n.43 Confronto ricoveri prima diagnosi Covid 2022- 2021- 2020 analizzati per mese

Mese	2020	2021	2022
Totale	1.250	1.213	1.430
gen	1	146	415
feb	0	90	180
mar	96	209	69
apr	163	311	89
mag	85	149	108
giu	27	17	43
lug	16	6	110
ago	6	16	69
set	11	30	60
ott	110	32	116
nov	411	22	68
dic	324	185	103

Figura n.44 Confronto decessi Covid 2022- 2021- 2020 analizzati per mese

Anno	F	M	Totale
2022	47	60	107
2021	62	118	180
2020	97	181	278
Totali	206	359	565

Figura n. 45: Primi 50 DRG per numerosità dei pazienti ricoverati suddivisi per fascia di età, cittadinanza e genere DRG

SESSO	Totale		F	M
DRG desc completa	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	TOTALI
	28.602	3.035	14.050	14.552
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.130	282	1.130	-
391-Neonato normale	866	98	432	434
576-Setticemia senza ventilazione meccanica >= 96 ore, età > 17 anni	609	30	269	340
42-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	541	57	219	322
421-Malattie di origine virale, età > 17 anni	536	40	248	288
87-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	485	35	246	239
380-Aborto senza dilatazione e raschiamento	451	157	451	-
390-Neonati con altre affezioni significative	446	49	220	226
430-Psicosi	426	49	230	196
127-Insufficienza cardiaca e shock	382	16	181	201
464-Segni e sintomi senza CC	378	44	200	178
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	322	27	207	115
89-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	321	16	129	192
39-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	316	12	162	154
371-Parto cesareo senza CC	301	78	301	-
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	296	22	31	265
14-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	291	24	129	162
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	286	37	286	-
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	285	23	79	206
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	282	15	128	154
311-Interventi per via transuretrale senza CC	269	9	52	217
40-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	265	24	122	143
389-Neonati a termine con affezioni maggiori	255	34	114	141
75-Interventi maggiori sul torace	253	17	82	171
337-Prostatectomia transuretrale senza CC	238	10	-	238
125-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	237	16	85	152
286-Interventi sul surrene e sulla ipofisi	230	20	127	103
479-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	228	15	78	150
316-Insufficienza renale	223	23	78	145
63-Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	213	26	88	125
423-Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	212	40	87	125
558-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	212	17	48	164
119-Legatura e stripping di vene	200	27	117	83
395-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	198	18	92	106
468-Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	197	20	113	84

494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	197	22	105	92
79-Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	186	15	78	108
467-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	184	20	85	99
104-Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	172	7	74	98
353-Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	170	23	170	-
534-Interventi vascolari extracranici senza CC	170	6	44	126
532-Interventi sul midollo spinale senza CC	169	14	78	91
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	152	45	152	-
386-Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	150	23	63	87
461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	150	20	89	61
219-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	149	16	80	69
304-Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	140	15	41	99

Figura n. 46: Confronto dati SDO con peso medio e case mix per Ricovero Ordinario e Day Hospital negli anni 2019-2022

Regime Scheda Dimissioni	Totale				RO				DH			
	Casi	Peso	Peso Medio	Case Mix	Casi	Peso	Peso Medio	Case Mix	Casi	Peso	Peso Medio	Case Mix
Totale 2022	28.602	47.714,61	1,67	1,00	21.119	39.642,20	1,88	1,00	7.483	8.072,41	1,08	1,00
Totale 2021	26.397	45.175,58	1,71	1,00	19.803	37.748,35	1,91	1,00	6.594	7.427,24	1,13	1,00
Totale 2020	24.137	41.164,55	1,71	1,00	18.662	34.937,18	1,87	1,00	5.475	6.227,37	1,14	1,00
Totale 2019	32.387	51.798,48	1,60	1,00	23.607	42.672,73	1,81	1,00	8.780	9.125,74	1,04	1,00

Figura n. 47: Distribuzione dei pazienti ricoverati nel 2022 per percorso di provenienza e genere

SESSO	Totale	F	M
PROVENIENZA	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	28.602	14.050	14.552
118	5.156	2.443	2.713
ALTRO REGIME STESSO OSPEDALE	5	1	4
CARCERE	1	-	1
NASCITA	1.718	840	878
PRIVATO ACCREDITATO	16	10	6
PROGRAMMATO	12.917	6.223	6.694
PRONTO SOCCORSO	6.849	3.730	3.119
PROPOSTA DI UN MEDICO	1.407	583	824
TRASFERITO OSPEDALE PUBBLICO	533	220	313

Figura n. 48: Distribuzione nei 12 mesi dei ricoveri anno 2022

SESSO	Totale	F	M
Mese	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	28.602	14.050	14.552
gen	2.217	1.110	1.107
feb	2.152	1.061	1.091
mar	2.515	1.203	1.312
apr	2.203	1.103	1.100
mag	2.499	1.194	1.305
giu	2.381	1.156	1.225
lug	2.429	1.137	1.292
ago	2.388	1.167	1.221
set	2.396	1.219	1.177
ott	2.471	1.218	1.253
nov	2.405	1.198	1.207
dic	2.546	1.284	1.262

Figura n. 49: Modalità di dimissione anno 2022 per genere

SESSO	Totale	F	M
Mod. dimissione	TOTALI	TOTALI	TOTALI
	28.602	14.050	14.552
ALBERGO - COVID	3	1	2
ALTRO REGIME STESSA STRUTTURA	48	23	25
ATTIVAZIONE A.D.I.	161	67	94
C/O STRUTTURA PER ACUTI	498	214	284
C/O STRUTTURA RESIDENZIALE	454	247	207
CAVS	87	51	36
DECEDUTO	847	361	486
DOMICILIO CON ASS.DOMICILIARE	104	42	62
HOSPICE - RIAB.	29	13	16
ORDINARIA A DOMICILIO	24.572	12.007	12.565
POSTACUZIE	1.472	807	665
VOLONTARIO	327	217	110

Le proporzioni nelle maggiori distribuzioni (genere, provenienza e fascia di età) rispecchiano sostanzialmente quelle dell'anno precedente.

Al fine di garantire un **percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio** rivolto alla presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura è attivo in Azienda, dal 2012 il Nucleo Ospedaliero Continuità di Cure (NOCC) a cui è affidato il compito di farsi carico del paziente fragile, ricoverato in ospedale con pluripatologie che necessita ancora di cure mediche, assistenziali o riabilitative per una ottimizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e socioassistenziali al fine di fornire ai cittadini in condizioni di non autosufficienza risposte adeguate ed appropriate ai bisogni espressi. Il Nucleo Ospedaliero Continuità di Cure dell'Azienda Ospedaliera "S. Croce e Carle" è funzione afferente alla S.C. Direzione Sanitaria di Presidio.

L'Obiettivo del N.O.C.C. è quindi quello di organizzare la presa in carico del paziente da parte delle strutture territoriali idonee ad assicurarne la continuità di cura post-ospedaliera, elaborando un piano di intervento che coinvolge, oltre il paziente, i suoi familiari, l'Assistente Sociale ospedaliera, il N.D.C.C. (Nucleo Distrettuale per la Continuità delle Cure), e attraverso quest'ultimo, il Medico di Medicina

Generale, il Servizio Sociale di residenza, l'Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale. La valutazione viene effettuata entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

Le modalità operative sono descritte nella Procedura Generale PG_023 Percorsi di Continuità Assistenziale Nucleo Ospedaliero Continuità di Cure (NOCC), aggiornata nel luglio 2021^[1].

Durante la pandemia una quota significativa dell'attività ha riguardato l'integrazione tra le diverse modalità di accesso-dimissione alle strutture della rete relativamente ai percorsi finalizzati a contenere il contagio da Covid 19.

Figura n. 50 Numero valutazioni NOCC 2019-2020-2021 -2022

Anno	pazienti valutati
2019	3343
2020	2365
2021	2536
2022	2703

All' inizio del 2022 sono ancora continuati i trasferimenti dei pazienti Covid in strutture dedicate ed effettuati rientri al domicilio protetti con mezzi aziendali o pubbliche assistenze.

Da Settembre 2022 al NOCC è stato affidato anche il servizio di Bed Management con l' attivazione di percorsi definiti e la creazione di un applicativo per la visualizzazione in tempo reale dei posti letto.

Si è applicata inoltre, come da indicazione regionale, la DGR 10-5445 per i pazienti afferenti al DEA che abbiano determinate caratteristiche prestabilite.

Si è collaborato con l' ASLCN1 per l'aggiornamento del Piano Locale Cronicità e del Piano Locale di Prevenzione ed è in atto la revisione delle schede utilizzate dal NOCC per uniformarle con tutto il territorio e rendere più efficace l'integrazione tra i servizi.

Il **Servizio Sociale** aziendale che nel corso del 2022 ha preso in carico:

- Adulti disabili 83
- Altri adulti 142
- Anziani autosufficienti 87
- Anziani non autosufficienti 176
- Minori disabili 3
- Minori non disabili 16

92 in più rispetto all'anno precedente.

All'interno del Progetto Protezione Famiglie Fragili l'assistente sociale è coinvolta nella mini equipe di valutazione delle varie situazioni. E' stata riconfermata la nomina della stessa nella Rete Regione dei Servizi Sociali che prevede incontri in Regione ogni 2/3 mesi. Si riconferma presenza al Cav n. 10 anche se non sono più arrivate date per incontri. Continua la collaborazione con i Consorzi Socio Assistenziali del territorio per la presa in carico su segnalazione delle loro situazioni e viceversa delle situazioni di ricoverati con bisogni di tipo sociale. Il coordinamento del Servizio di mediazione interculturale a chiamata, esternalizzato, è affidato all'educatore presente nel Servizio Sociale.

All'interno del Servizio è attivo lo Sportello Sociale, ubicato presso i locali a piano terra del presidio S. Croce, gestito in collaborazione con i 10 Patronati che hanno aderito a specifica convenzione rinnovata⁵² a giugno 2022 per tre anni. Lo Sportello, attivo da 5 anni è aperto tutti i giorni lavorativi per due ore a giorni alterni tra mattina e pomeriggio. Chiuso nel 2020 a causa della pandemia è stato riaperto nel 2021 ed ha puntato a recuperare i numeri molto interessanti dei primi due anni. Sono passate 152 persone,

⁵² Delibera n. 249- del 27/05/2022

prese in carico 119 persone con 72 pratiche evase dai Patronati, 52 certificati emessi dai mmg e 20 da specialisti ospedalieri.

Lo sportello, gestito dall'educatore professionale ospedaliero, dà tutte le informazioni utili per il dopo ricovero, compreso l'accesso alle case di riposo e all'unità di valutazione e provvede tramite i Patronati all'espletamento delle pratiche per la legge 104 e l'invalidità civile. permettendo di alleviare un po' di 'dolore burocratico' e il rimpallo da un ufficio all'altro e da una pratica all'altra.

Il Servizio Sociale aziendale, inoltre, si occupa di mediazione interculturale presso le strutture aziendali richiedenti.

Figura n. 51: Interventi di mediazione interculturale coordinati dal Servizio Sociale ospedaliero nel 2022 per pazienti in regime di ricovero e ambulatoriale.

Tipologia di intervento	Numero
intervento del mediatore in presenza	674
interventi telefonici	33
traduzione di materiale cartaceo	8

Sono stati registrati 116 interventi in più rispetto all'anno precedente. La rendicontazione completa delle valutazioni trimestrali è visibile nella cartella intranet aziendale dedicata alla mediazione.

Il Centro Salute Donna è il Servizio che si avvale più frequentemente della mediazione.

Tutti gli interventi effettuati sono stati efficaci. Non ci sono stati problemi di puntualità e in ben 66 occasioni è stato fatto un encomio per la prestazione.

Il tempo di evasione delle richieste è stato soddisfacente. La puntualità nella trasmissione della documentazione da parte degli operatori è stata buona. La conoscenza delle procedure è da ritenersi ormai consolidata. Periodicamente, e sempre in occasione della distribuzione annuale del calendario interreligioso, viene ricordato il corretto funzionamento del servizio.

L'Azienda partecipa dal 2013 al progetto ONDA, Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Genere; il 2 gennaio 2022 l'Osservatorio Nazionale ha assegnato i Bollini Rosa⁵³ per il biennio 2022-2023 agli ospedali che offrono servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie che riguardano l'universo femminile ma anche quelle che riguardano trasversalmente uomini e donne in ottica di genere. L'Azienda ha ricevuto, come lo scorso anno, la valutazione massima corrispondente a tre Bollini Rosa. La valutazione delle strutture ospedaliere e l'assegnazione dei Bollini Rosa è avvenuta tramite un questionario di candidatura composto da oltre 400 domande, ciascuna con un valore prestabilito, suddivise in 15 aree specialistiche più una sezione dedicata alla gestione dei casi di violenza sulle donne e sugli operatori sanitari.

Il dettaglio delle attività è illustrato nella Relazione CUG 2022⁵⁴.

E' presente una specifica area sul portale aziendale per rendere disponibili in modalità multilingue alcune informazioni essenziali, soprattutto relative all'assistenza materno infantile per le persone straniere⁵⁵, ulteriormente implementate nel 2022.

⁵³ www.bollinirosa.it

⁵⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

⁵⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/comunicazione/la_sanita_per_gli_stranieri/

Figura n. 52: Parti nel 2022 suddivisi per cittadinanza

SESSO	Totale			
DRG desc completa	TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
	1.690	430	332	98
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.130	282	218	64
371-Parto cesareo senza CC	301	78	57	21
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	152	45	40	5
370-Parto cesareo con CC	69	19	13	6
374-Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	38	6	4	2

Nel 2022 ci sono stati 46 parti in meno rispetto al 2021.

Con la ripresa dei flussi migratori in linea con l'epoca preCovid nel territorio di riferimento si sono mantenute le proporzioni tra i parti di donne di origine straniera e donne italiane del 2019.

Figura n. 53: Nuovi nati nel 2022 per cittadinanza

Totale			
TOTALI	di cui STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza non italiana	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero
1.718	200	200	0

Figura n. 54: Nuovi nati nel 2022 per genere

Totale	F	M
TOTALI	TOTALI	TOTALI
1.718	840	878

Nel 2022 si sono registrati 35 nuovi nati in meno rispetto al 2021; è rispecchiata la suddivisione di genere con una lieve prevalenza dei nati maschio.

Figura n. 55: Confronto dati nuovi nati AO S.Croce e Carle di Cuneo 2019-I 2022 per genere

Genere	2019	2020	2021	2022
Totale	1.733	1.701	1.753	1.718
F	884	830	872	840
M	849	871	881	878

Le nazionalità maggiormente rappresentate, sia relativamente alla nazionalità che alla cittadinanza della madre, risultano l'Albania, la Romania e il Marocco come negli anni precedenti.

Figura n. 56: Nuovi nati (fino a numerosità 4) nel 2022 per cittadinanza del bambino, della mamma, stato di nascita della mamma

CITTADINANZA nuovo nato	STATO NASCITA nuovo nato	CITTADINANZA madre	STATO NASCITA madre	Totali
totali				1.718
ITALIA	ITALIA	ITALIA	ITALIA	1279
ALBANIA	ITALIA	ALBANIA	ALBANIA	36
ITALIA	ITALIA	ALBANIA	ALBANIA	32
MAROCCO	ITALIA	MAROCCO	MAROCCO	32
ROMANIA	ITALIA	ROMANIA	ROMANIA	23
COSTA D'AVORIO	ITALIA	COSTA D'AVORIO	COSTA D'AVORIO	22
ITALIA	ITALIA	ROMANIA	ROMANIA	20
ITALIA	ITALIA	ITALIA	ALBANIA	19
ITALIA	ITALIA	MAROCCO	MAROCCO	19
NIGERIA	ITALIA	NIGERIA	NIGERIA	11
ITALIA	ITALIA	ITALIA	ROMANIA	10
ITALIA	ITALIA	COSTA D'AVORIO	COSTA D'AVORIO	8
ITALIA	ITALIA	ITALIA	MAROCCO	8
ITALIA	ITALIA	ITALIA	ARGENTINA	6
INDIA	ITALIA	INDIA	INDIA	6
ALBANIA	ITALIA	ITALIA	ALBANIA	5
ITALIA	ITALIA	BRASILE	BRASILE	5
ITALIA	ITALIA	ITALIA	COSTA D'AVORIO	5
CINA REPUBBLICA POPOLARE	ITALIA	CINA REPUBBLICA POPOLARE	CINA POPOLARE	4
EGITTO	ITALIA	EGITTO	EGITTO	4
ITALIA	ITALIA	EGITTO	EGITTO	4
ITALIA	ITALIA	MOLDAVIA	MOLDAVIA	4
MOLDAVIA	ITALIA	MOLDAVIA	MOLDAVIA	4
ITALIA	ITALIA	POLONIA (REPUBBLICA DI)	POLONIA	4
SENEGAL	ITALIA	SENEGAL	SENEGAL	4
ITALIA	ITALIA	ITALIA	UCRAINA	4

L'Azienda è centro di riferimento specialistico a livello regionale e di Area Omogenea per quanto riguarda la Terapia Intensiva Neonatale (TIN); è operativo inoltre il Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN).

Il servizio provvede al trasferimento assistito dei neonati dai punti nascita del bacino di utenza (circa 5.500 nati all'anno) che necessitano di cure intensive. È attivabile a richiesta 24 ore su 24 e dispone di un'ambulanza con incubatrici da trasporto dotate di attrezzature per l'assistenza respiratoria, per il monitoraggio continuo dei parametri e la somministrazione di farmaci.

Anche i ricoveri pediatrici hanno ripreso pienamente l'attività raggiungendo il periodo preCovid e segnalano un aumento di casistiche complesse, soprattutto nell'ambito del disagio psicologico e della fascia adolescenziale.

Figura n. 57: Andamento dell'attività di ricovero ordinario della SC Pediatria negli anni 2019-2022

ANNO	2019	2020	2021	2022
Dimessi	765	501	622	733
Entrati	785	509	632	752
Degenza media	3,63	3,87	4,55	4,55

Figura n. 58: Andamento dell'attività di ricovero ordinario della SC Pediatria negli anni 2019-2022 con evidenza dei ricoveri Covid e dei ricoveri psichiatrici.

Regime	Reparto Ricovero	ANNO	2019	2020	2021	2022
RO	PEDIATRIA	Dimessi	765	501	622	733
RO	PEDIATRIA	Entrati	785	509	632	752
Ricoveri COVID (su dimessi dalla Pediatria)			0	18	18	4
Ricoveri COVID (su dimessi minorenni)			0	23	24	42
Ricoveri psichiatrici (dimessi dalla Pediatria in RO con MDC 19-Malattie e disturbi mentali)			27	26	58	48

Figura n. 59: Andamento passaggi al Pronto Soccorso Pediatrico negli anni 2019-2022

Pronto Soccorso	2019	2020	2021	2022
Accessi DEA Pediatrici	12.557	6.187	7.344	9.991

Figura n. 60: Andamento DH della SC Pediatria negli anni 2019-2022

2019			2020			2021			2022		
Casi	di cui Extra LEA	% Extra LEA	Casi	di cui Extra LEA	% Extra LEA	Casi	di cui Extra LEA	% Extra LEA	Casi	di cui Extra LEA	% Extra LEA
103	47	45,6%	71	24	33,8%	72	15	20,8%	77	7	9,1%

Figura n. 61: Andamento attività ambulatoriale della SC Pediatria negli anni 2019-2022

Ambulatoriale Pediatria	2019	2020	2021	2022
Visite totali	1.656	1.515	1.894	2.115
di cui 1° visite	578	424	598	739

Figura n.62: Accessi 2022 al Centro Salute Donna per area e nazionalità

Ambulatorio	Cod. prest.	Prestazione	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
			5.563	1.952	220	1.732
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS3	VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	357	166	19	147
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS4	PRIMA VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA IN GRAVIDANZA	188	99	12	87
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS5	BILANCIO DI SALUTE	876	160	22	138
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS17_1	VISITA OSTETRICA	2	1	0	1
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS17_2	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	114	43	8	35
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS19_7	VISITA PER GRAVIDANZA FISIOLOGICA	197	103	13	90
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS19_8	VISITA PER GRAVIDANZA FISIOLOGICA DI CONTROLLO	476	206	20	186
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS20_2	VISITA BILANCIO DI SALUTE	156	38	5	33
OSTETR.-GRAVIDANZA FISIOLOGICA	OS20_5	VISITA GINECOLOGICA POST-PARTUM	6	3	2	1
OSTETR.-GRAVIDANZA GEMELLARE	GI16_1	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	14	2	0	2

Ambulatorio	Cod. prest.	Prestazione	Quantità totale	di cui per STRANIERI	STRANIERI: cittadinanza italiana - nati all'estero	STRANIERI: cittadinanza non italiana
OSTETR.-GRAVIDANZA GEMELLARE	OS117	ECO (COLOR) DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE	196	42	4	38
OSTETR.-GRAVIDANZA GEMELLARE	OS170	CARDIOTOCOGRAFIA	16	1	0	1
OSTETR.-GRAVIDANZA GEMELLARE	OS171	VISITA OSTETRICA	66	18	2	16
OSTETR.-GRAVIDANZA GEMELLARE	OS172	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	151	47	8	39
OSTETR.-GRAVIDANZA GEMELLARE	OS176	ECOGRAFIA OSTETRICA II LIVELLO	428	121	18	103
OSTETR.-GRAVIDANZA GEMELLARE	OS190	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	39	17	2	15
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	OS171	VISITA OSTETRICA	392	141	15	126
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	OS172	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	1.280	513	53	460
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	OS179	VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	90	40	3	37
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	OS180	ECOGRAFIA OSTETRICA II LIVELLO PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	233	81	6	75
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	OS181	FLUSSIMETRIA PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	7	2	0	2
OSTETR.-GRAVIDANZA PATOLOGICA	OS182	CARDIOTOCOGRAFIA PER GRAVIDANZA PATOLOGICA	279	108	8	100

259 sono state le IVG (rispetto alle 238 del 2021) di cui 5 riguardanti minorenni (la metà dello scorso anno), 184 IVF e 75 IVG chirurgiche.

Nel corso del 2022 è emersa una particolare attenzione alle percentuali di operatori sanitari obiettori di coscienza all'interno dei servizi sanitari pubblici, come da rassegna stampa e richieste di accesso civico generalizzato. Nel caso dell'AO su 16 medici ginecologi, tra cui il Direttore di struttura, 3 sono obiettori e anche nelle altre figure professionali coinvolte nel processo, nel rispetto delle garanzie previste dalla legge per l'esercizio della scelta, non ci sono rischi di disservizio in tale prestazione programmata.

Da ottobre 2022 è stato attivato un nuovo ambulatorio per il sanguinamento uterino anomalo con accesso diretto tre giorni alla settimana in cui le pazienti vengono sottoposte agli accertamenti necessari in tempi brevi (obtv 54 raggiunto).

Il monitoraggio del rapporto tra parti cesarei e totale dei parti è da anni oggetto di monitoraggio del Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute, con l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Figura n. 63: Numero di parti cesarei e % sul totale dei parti

Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Parti cesarei
DRG parto	279	1.545	18,06%

Per l'anno 2022 il numero di tagli cesarei primari per 100 parti, calcolato secondo i protocolli di estrazione di calcolo per gli indicatori di esito, è stato pari al 18,06 rispettando lo standard richiesto ($\leq 20\%$), anche se in aumento rispetto all'anno precedente (15,61%).

Come descritto nella Relazione riepilogativa allegata l'obiettivo 4.1 assegnato al Direttore Generale nel 2022 relativamente a questo indicatore è stato considerato raggiunto, così come l'obiettivo aziendale n. 68 assegnato alla Struttura di Ostetricia.

L'Azienda aderisce al I dati degli indicatori monitorati dal Piano Nazionale Esiti (PNE)⁵⁶ sono pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁵⁷, come richiesto dalla Legge di stabilità 2015. I dati aziendali confluiscono nel monitoraggio AGENAS⁵⁸, evidenziando buoni piazzamenti a livello nazionale.

Figura n. 64: Tempestività interventi a seguito di frattura di femore per pazienti con età ≥ 65 anni

Tipo ind.	Numeratore (entro 48h)	Denominatore (intervento presente)	% Intervento entro 48h (int presente)
Frattura collo del femore	172	213	80,75%

La proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore, con intervento chirurgico entro due giorni in pazienti ultrasessantacinquenni, calcolata secondo i nuovi protocolli di estrazione di calcolo per gli indicatori di esito (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore), per l'anno 2022 è stata pari all'80,75% e, in linea rispetto allo standard richiesto (>70%) ed in netto miglioramento rispetto al 2021 (57,98%, prendendo come indicatore di riferimento i 2 giorni 75,53%).

Come descritto nella Relazione riepilogativa degli obiettivi assegnati al Direttore Generale nel 2022 (n. 2.1) in riferimento a questo indicatore è stato considerato pienamente raggiunto, in conseguenza all'obiettivo aziendale n. 11 assegnato all'Ortopedia.

Tale risultato, in notevole miglioramento rispetto al dato dell'anno precedente è stato ottenuto, contestualmente all'incremento di attività programmata di sala operatoria finalizzato alla riduzione delle liste di attesa, attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi prestazionali a tutte le Strutture coinvolte nel percorso di presa in carico dei pazienti a partire dall'accesso in Pronto Soccorso.

Figura n.65: Tempestività nell'effettuazione degli interventi per frattura tibia/perone

Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Intervento entro 30 gg	Gg attesa medi (tra intervento e ricovero)	Gg attesa MAX
RO	Frattura tibia/perone	42	42	100,00%	3,79	15
DH	Frattura tibia/perone	1	1	100,00%	0,00	0

Figura n. 66: Tempestività nell'effettuazione di PTCA⁵⁹ nei casi di IMA⁶⁰-STEMI

Indicatore	A - Episodi di STEMI	B - Episodi di STEMI con PTCA	C - Episodi di STEMI con PTCA entro 2 gg	C/A %Intervento entro 2gg	C/B %Intervento entro 2gg
Indicatore: STEMI	171	166	160	93,57%	96,39%

La proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni, per l'anno 2022, calcolata secondo i protocolli di estrazione di calcolo per gli indicatori di esito, è risultata superiore rispetto allo standard richiesto (≥ 85%) ed in miglioramento rispetto al 2021 (90,29%),

⁵⁶ <http://95.110.213.190/PNEed15/>

⁵⁷ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/monitoraggio_indicatori_piano_nazionale_esiti_pne/

⁵⁸ <https://pne.agenas.it/>

⁵⁹ Angioplastica percutanea

⁶⁰ Infarto miocardico acuto

Figura n. 67: Degenza post operatoria per Colectomia Laparoscopica

Regime	Tipo ind.	Numeratore	Denominatore	% Degenza post operatoria inferiore a 3 gg
RO	Colectomia Laparoscopica	78	96	81,25%
DH	Colectomia Laparoscopica	161	161	100,00%

La percentuale ottenuta rispetta lo standard.

I dati relativi alle prestazioni da monitorare secondo quanto previsto a livello nazionale e a livello regionale sono pubblicati nell'apposita sezione del portale di Amministrazione Trasparente/servizi erogati/tempi di attesa⁶¹.

Figura n. 68: Tempi di attesa visite soggette a monitoraggio centrale nel 2022 (cd 69 prestazioni)

PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2022	Classi U Tempo di attesa medio aziendale standard 3 giorni	Classi B Tempo di attesa medio aziendale standard 10 giorni	Classi D Tempo di attesa medio aziendale standard 30 giorni prime visite e 60 giorni prestazioni strumentali	Classi P Tempo di attesa medio aziendale standard 120 giorni
VISITA CARDIOLOGICA	0	13	37	48
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	0	7	23	38
VISITA ENDOCRINOLOGICA	0	13	101	142
VISITA NEUROLOGICA	0	13	37	59
VISITA OCULISTICA	0	12	78	72
VISITA ORTOPEDICA	0	12	76	77
VISITA GINECOLOGICA	0	10	41	33
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	0	7	32	32
VISITA UROLOGICA	0	11	51	94
VISITA DERMATOLOGICA	0	11	59	75
VISITA FISIATRICA	1	8	3	0
VISITA GASTROENTEROLOGICA	1	12	66	71
VISITA PNEUMOLOGICA	0	10	39	70
MAMMOGRAFIA	0	7	118	158
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	3	13	85	95
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE	3	12	92	105
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	0	9	48	46
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	1	13	68	91
TC SENZA E CON CONTRASTO CAPO	1	13	25	27
TC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	1	16	24	15
TC SENZA E CON CONTRASTO BACINO	0	12	24	14
RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	0	16	103	99
RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA	0	16	48	52
RMN MUSCOLOSCHIELETRICA	2	15	98	72
RMN COLONNA VERTEBRALE	1	19	98	106
ECOGRAFIA CAPO E COLLO	1	9	82	84
ECOCOLORDOPPLER CARDIACA	0	12	43	36

⁶¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-di-attesa-1/monitoraggi-tempi-di-attesa/>

PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2022	Classi U Tempo di attesa medio aziendale standard 3 giorni	Classi B Tempo di attesa medio aziendale standard 10 giorni	Classi D Tempo di attesa medio aziendale standard 30 giorni prime visite e 60 giorni prestazioni strumentali	Classi P Tempo di attesa medio aziendale standard 120 giorni
ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRA AORTICI	0	12	112	162
ECOCOLORDOPPLER DEI VASI PERIFERICI	0	12	109	53
ECOGRAFIA ADDOME	2	9	41	89
ECOGRAFIA MAMMELLA	3	7	47	44
ECOGRAFIA OSTETRICA	0	10	18	16
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	0	5	32	26
COLONSCOPIA	0	13	96	97
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	0	9	33	6
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	3	10	72	41
ELETTROCARDIOGRAMMA	0	7	16	22
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	3	13	46	75
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO	1	12	31	73
AUDIOMETRIA	0	5	19	29
SPIROMETRIA	2	9	59	83
FONDO OCULARE	0	12	63	44
ELETTROMIOGRAFIA	3	16	72	22

Figura n. 69: Tempi di attesa interventi chirurgici soggetti a monitoraggio centrale nel 2022

PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2022	Classe A Tempo di attesa medio 2022 standa rd 30 giorni	Classe B Tempo di attesa medio 2022 standa rd 60 giorni	Classe C Tempo di attesa medio 2022 standa rd 180 giorni	Classe D Tempo di attesa medio 2022 standa rd 365 giorni
01. Interventi chirurgici tumore mammella	14,9	48,1	-	-
02. Interventi chirurgici tumore prostata	29,3	8,3	-	-
03. Interventi chirurgici tumore colon	12,2	-	-	-
04. Interventi chirurgici tumore retto	13,9	-	-	-
05. Interventi chirurgici tumore utero	13,1	-	-	-
06. Int. chir. per melanoma	16,9	-	-	-
07. Int. chir. per tumore tiroide	16,4	77,5	-	-
08. By-pass aortocoronarico	7,2	23,6	50,7	-
09. Angioplastica coronarica (PTCA)	16,7	36,1	25,5	56,0
10. Endoarteriectomia carotidea	15,6	20,4	-	-
11. Interventi protesi anca	12,5	15,9	70,6	-
12. Interventi chirurgici tumore polmone	11,8	-	-	-
13. Colectomia lap.	21,7	115,2	144,0	-
14. Coronarografia	16,9	31,7	43,8	55,6
15. Biopsia perc. fegato	1,5	1,0	-	-
16. Emorroidectomia	16,3	125,2	83,1	-
17. Riparazione ernia ing.	14,5	119,1	134,8	88,9
Compl. 1 - 075 - Interventi maggiori sul torace	11,0	7,5	6,0	-

PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2022	Classe A Tempo di attesa medio 2022 standa rd 30 giorni	Classe B Tempo di attesa medio 2022 standa rd 60 giorni	Classe C Tempo di attesa medio 2022 standa rd 180 giorni	Classe D Tempo di attesa medio 2022 standa rd 365 giorni
Compl. 1 - 149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	13,2	55,2	56,3	-
Compl. 1 - 303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	28,1	-	-	-
Compl. 1 - 335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	20,3	-	-	-
Compl. 1 - 364 - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	7,0	9,0	435,0	-
Compl. 1 - 408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	13,8	5,5	1,0	9,0
Compl. 2 - 158 - Interventi su ano e stoma senza CC	9,4	115,8	79,9	7,0
Compl. 2 - 160 - Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	-	196,2	149,9	6,0
Compl. 2 - 266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	21,1	47,2	312,1	9,0
Compl. 2 - 311 - Interventi per via transuretrale senza CC	18,8	17,0	-	-
Compl. 2 - 337 - Prostatectomia transuretrale senza CC	139,7	88,4	-	-
Compl. 2 - 359 - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	44,2	73,4	90,3	-
Compl. 3 - 039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	3,9	6,7	3,2	42,8
Compl. 3 - 053 - Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	22,9	68,2	185,6	-
Compl. 3 - 055 - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	16,0	95,5	173,2	-
Compl. 3 - 119 - Legatura e stripping di vene	2,0	4,5	70,2	76,8
Compl. 3 - 169 - Interventi sulla bocca senza CC	38,8	79,2	-	-
Compl. 3 - 225 - Interventi sul piede	11,7	162,2	864,0	-
Compl. 3 - 229 - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	4,4	135,5	-	-
Compl. 3 - 270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	33,5	164,0	507,8	-
Compl. 3 - 503 - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	12,5	37,2	307,7	-
Compl. 3 - 538 - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	13,8	104,4	336,0	7,0
Esclusi dal monitoraggio	15,0	65,3	108,6	66,5

Figura n. 70: Tempi di attesa interventi chirurgici soggetti a monitoraggio centrale nel 2022 (PNGLA 2022)

Tipo intervento	Casi totali	Casi con Classe A	Casi con Classe A entro 30gg	% Classi A entro 30gg	Casi con Classe B	Casi con Classe B entro 60gg	% Classi B entro 60gg
01. Interventi chirurgici tumore mammella	206	163	151	92,64%	8	5	62,50%
02. Interventi chirurgici tumore prostata	128	116	86	74,14%	3	3	100,00%
03. Interventi chirurgici tumore colon	71	71	70	98,59%	0	0	-
04. Interventi chirurgici tumore retto	33	32	32	100,00%	0	0	-
05. Interventi chirurgici tumore utero	144	137	127	92,70%	2	2	100,00%
06. Int. chir. per melanoma	15	10	10	100,00%	1	1	100,00%
07. Int. chir. per tumore tiroide	30	18	17	94,44%	10	9	90,00%
08. By-pass aortocoronarico	42	17	17	100,00%	17	16	94,12%
09. Angioplastica coronarica (PTCA)	202	50	48	96,00%	113	104	92,04%
10. Endoarteriectomia carotidea	162	74	65	87,84%	63	61	96,83%

Tipo intervento	Casi totali	Casi con Classe A	Casi con Classe A entro 30gg	% Classi A entro 30gg	Casi con Classe B	Casi con Classe B entro 60gg	% Classi B entro 60gg
11. Interventi protesi anca	140	23	22	95,65%	54	54	100,00%
12. Interventi chirurgici tumore polmone	108	107	102	95,33%	1	1	100,00%
13. Colecistectomia lap.	214	18	13	72,22%	138	89	64,49%
14. Coronarografia	509	161	152	94,41%	249	228	91,57%
15. Biopsia perc. fegato	3	2	2	100,00%	1	1	100,00%
16. Emorroidectomia	61	8	7	87,50%	34	17	50,00%
17. Riparazione ernia ing.	357	19	16	84,21%	154	93	60,39%

Figura n. 71: Tempi medi di attesa interventi chirurgici soggetti a monitoraggio centrale nel 2022 (PNGLA 2022)

Tipologia Intervento	Classe A	Attesa Media A	Classe B	Attesa Media B	Classe C	Attesa Media C
01. Interventi chirurgici tumore mammella	163	15	8	48	1	2
02. Interventi chirurgici tumore prostata	116	29	3	8	0	-
03. Interventi chirurgici tumore colon	71	12	0	-	0	-
04. Interventi chirurgici tumore retto	32	14	0	-	0	-
05. Interventi chirurgici tumore utero	137	13	2	6	2	2
06. Angioplastica coronarica (PTCA)	50	17	114	36	11	25
07. Endoarteriectomia carotidea	74	16	63	20	0	-
08. Interventi protesi anca	24	13	54	16	35	71
09. Interventi chirurgici tumore polmone	107	12	1	6	0	-
10. Colecistectomia laparoscopica	18	22	138	115	49	144
11. Coronarografia	161	17	250	32	31	44
12. Biopsia percutanea fegato	2	2	1	1	0	-
13. Emorroidectomia	8	16	34	125	16	83
14. Riparazione ernia inguinale	19	14	155	119	72	135
15. Interventi chirurgici per melanoma	10	17	1	1	1	1
16. Interventi chirurgici tumore tiroide	18	16	10	78	1	6
17. By-pass aortocoronarico	17	7	17	24	3	51
Totale	1.027	16	851	64	222	101

Figura n. 72: Monitoraggio prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa 2022

		anno	2022		2021		2019	
Scheda	Cod. int.	desc. prest.	Quantità totale	Valore totale	Quantità totale	Valore totale	Quantità totale	Valore totale
CHIRURGIA GENERALE	CH238	altri interventi sui tessuti molli	40	46.000,00	19	21.850,00	57	65.550,00
CHIRURGIA GENERALE	CH239	asportazione di cisti o seno pilonidale	9	4.500,00	2	1.000,00	-	-
CHIRURGIA GENERALE	Totale		49	50.500,00	21	22.850,00	57	65.550,00
CHIRURGIA VASCOLARE	CV167	interventi sui vasi venosi extrasafenici degli arti inferiori	8	7.288,00	3	2.733,00	-	-
CHIRURGIA VASCOLARE	CV168	legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore	16	17.600,00	2	2.200,00	-	-
CHIRURGIA VASCOLARE	Totale		24	24.888,00	5	4.933,00	-	-
GINECOLOGIA	GI226	conizzazione della cervice uterina	99	59.400,00	46	27.600,00	-	-
GINECOLOGIA	GI227	altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervice	13	15.600,00	1	1.200,00	-	-
GINECOLOGIA	GI228	ablazione dell'endometrio	7	8.400,00	2	2.400,00	-	-
GINECOLOGIA	GI229	asportazione polipi endometriali/miomi a guida isteroscopica	186	223.200,00	75	90.000,00	-	-
GINECOLOGIA	GI230	altri interventi sui tessuti molli	12	13.800,00	5	5.750,00	-	-
GINECOLOGIA	NC165	altri interventi sui tessuti molli	3	3.450,00	2	2.300,00	-	-
GINECOLOGIA	UR6	asportazione lesione del pene/condilomi	7	8.050,00	20	23.000,00	-	-
GINECOLOGIA	Totale		327	331.900,00	151	152.250,00	-	-
NEUROCHIRURGIA	NC104	liberazione del tunnel ulnare	3	3.000,00	1	1.000,00	-	-
NEUROCHIRURGIA	NC162	liberazione tunnel carpale	80	49.600,00	110	68.200,00	206	127.720,00
NEUROCHIRURGIA	NC165	altri interventi sui tessuti molli	5	5.750,00	1	1.150,00	-	-
NEUROCHIRURGIA	Totale		88	58.350,00	112	70.350,00	206	127.720,00
OCULISTICA	OC190	intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare	2.739	2.465.100,00	1.770	1.593.000,00	2.893	2.603.700,00
OCULISTICA	OC223	impianto secondario di cristallino artificiale	1	800,00	1	800,00	-	-
OCULISTICA	Totale		2.740	2.465.900,00	1.771	1.593.800,00	2.893	2.603.700,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OT163	liberazione tunnel carpale	130	80.600,00	98	60.760,00	56	34.720,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OT172	altri interventi sui tessuti molli	24	27.600,00	11	12.650,00	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OT173	riparazione di dito a martello/artiglio	2	3.000,00	2	3.000,00	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OT175	rimozione di dispositivo ortopedico impiantato, con sede non specificata	1	1.500,00	1	1.500,00	-	-

		anno	2022		2021		2019	
Scheda	Cod. int.	desc. prest.	Quantità totale	Valore totale	Quantità totale	Valore totale	Quantità totale	Valore totale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OT176	altri interventi su piede	2	2.600,00	-	-	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OT178	altri interventi su mano/polso compreso rimozione dispositivi impiantati	102	102.000,00	63	63.000,00	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	OT179	revisione del moncone di amputazione	1	900,00	-	-	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Totale		262	218.200,00	175	140.910,00	56	34.720,00
OTORINOLARINGOIA TRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	OR216	asp. ricostruzioni lesioni padigl. auricolari	8	4.000,00	-	-	-	-
OTORINOLARINGOIA TRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	OR218	interventi su ugola - riparaz. palato	2	2.100,00	-	-	-	-
OTORINOLARINGOIA TRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	OR221	altri interventi sui tessuti molli	1	1.150,00	-	-	-	-
OTORINOLARINGOIA TRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	Totale		11	7.250,00	-	-	-	-
UROLOGIA	UR2	estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di doppio	250	237.500,00	91	86.450,00	-	-
UROLOGIA	UR3	circoncisione terapeutica	56	30.800,00	1	550,00	-	-
UROLOGIA	UR6	asportazione lesione del pene/condilomi	9	10.350,00	16	18.400,00	-	-
UROLOGIA	UR8	incisione frenulo	5	5.750,00	-	-	-	-
UROLOGIA	Totale		320	284.400,00	108	105.400,00	-	-
Totale			3.821	3.441.388,00	2.343	2.090.493,00	3.212	2.831.690,00

246 interventi sono stati effettuati con il robot chirurgico.

La Chirurgia Generale dell'Azienda costituisce il riferimento hub della provincia per la chirurgia oncologica e le urgenze complesse. Da anni applica il modello Fast Track Surgery che prevede l'utilizzo esteso della chirurgia mini invasiva e del protocollo Eras (Enhanced Recovery after Surgery), approccio integrato e multidisciplinare che attraverso l'applicazione delle migliori e più moderne pratiche chirurgiche, anestesilogiche e infermieristiche, riduce le complicanze generali e i giorni di ricovero dal 30 al 50%, con riduzione dei relativi costi.

Nell'ambito del Dipartimento Chirurgico la Chirurgia Generale e Oncologica nel 2020 ha ottenuto, prima in Italia, in collaborazione con la Struttura Complessa di Anestesia, la certificazione europea ERAS per la gestione ottimale del percorso peri-operatorio del paziente con tumore del colonretto ed è stata individuata come centro formatore nazionale.

La Ginecologia e l'Urologia hanno anch'esse ottenuto la certificazione ERAS Europa per la gestione del paziente con tumore dell'ovaio e della vescica. La Ginecologia ha, inoltre, acquisito la certificazione ESGO (European Society of Gynaecological Oncology) per il trattamento del tumore ovarico insieme agli unici altri 6 centri in Italia.

Come rendicontato in relazione al Sub-obiettivo 2.5.1 Attivazione dei percorsi di fast-track assegnato al Direttore Generale nel 2022 si è provveduto all'implementazione dei seguenti percorsi di fast-track:

- Oculistica (Procedura Aziendale “Gestione dei pazienti con problemi oftalmici che accedono al Pronto Soccorso” rev.02 di dicembre 2021);
- Otorinolaringoiatria (Procedura Aziendale “Gestione dei pazienti con problemi ORL che accedono al Pronto Soccorso rev.01 di dicembre 2021);
- Maxillo Facciale (Procedura Aziendale “Gestione dei pazienti con problemi stomatologici che accedono al Pronto Soccorso” rev.00 di aprile 2021);
- Radiologico-Ortopedico per i traumi minori (elaborazione del percorso nel 2022, attivazione entro 31.01.2023. Procedura Specifica “Gestione dei pazienti con problemi ortopedici alle estremità degli arti che accedono al Pronto Soccorso” rev.00 del 16 novembre 2022).

Figura n. 73: Numero di accessi di Pronto Soccorso avviati ai percorsi fast-track e chiusi dagli specialisti competenti, nei tre rapporti trimestrali, a partire dal mese di aprile 2022,.

Periodo Aprile-Giugno		Periodo Luglio-Settembre		Periodo Ottobre-Dicembre	
Area competenza	2022	Area competenza	2022	Area competenza	2022
Totale	679	Totale	704	Totale	475
6 - FAST TRACK MAXILLO F.	17	6 - FAST TRACK MAXILLO F.	28	6 - FAST TRACK MAXILLO F.	16
7 - FAST TRACK OCULISTICA	594	7 - FAST TRACK OCULISTICA	603	7 - FAST TRACK OCULISTICA	416
8 - FAST TRACK ORL	68	8 - FAST TRACK ORL	73	8 - FAST TRACK ORL	43

Notevole impulso è stato dato dalla chirurgia mini invasiva e dall'endoscopia.

L'attività endoscopica è stata concentrata nella Piastra Endoscopica Aziendale, inaugurata ufficialmente nel 2021, a cui afferiscono le specialità di Gastroenterologia, Pneumologia e Urologia.

Una nuova metodica per la diagnosi precoce delle recidive nei tumori alla prostata è stata messa a punto dalla Medicina Nucleare dell'Azienda, ad oggi uno dei pochissimi centri in Italia e l'unico in Piemonte in condizione di ricorrere ad una diagnostica per identificare precocemente la malattia anche in presenza di lesioni molto piccole e con valori di Psa molto bassi. Lo studio PET con il radiofarmaco F18 Psma 1007 si è imposto nella letteratura come la più accurata metodica diagnostica nella stadiazione e nel riconoscimento precoce delle recidive dei tumori della prostata operati.

A marzo 2021, per la prima volta in Piemonte, è stato impiegato dalla Struttura di Oculistica un iniettore maculare di silicone rivestito da polimetilmetacrilato per controbilanciare l'allungamento dell'occhio, causa principale della miopia.

L'Oculistica rappresenta un centro di riferimento regionale per pazienti affetti da degenerazione maculare senile, edema maculare diabetico, edema maculare infiammatorio ed edema maculare secondario ad occlusione.

Figura n.74: Quantità iniezioni intravitreali nel 2022

Prestazione	Quantità
INIEZIONE INTRAVITREALE (SENZA FARMACO)	2.969
INIEZIONE INTRAVITREALE (CON FARMACO)	1.791
	4.760

Le procedure mini invasive sono largamente utilizzate anche in ambito cardiovascolare dove nel 2021 è stata applicata per la prima volta nell'ospedale cuneese la tecnica innovativa “Rotablator” al fine di ridurre le calcificazioni nelle coronarie, consentendo una dilatazione molto efficace per il successivo impianto di uno stent.

E' presente un neuronavigatore utilizzato dalla Neurochirurgia, sofisticata strumentazione integrata con i sistemi di imaging intraoperatori. Altra area di alta specializzazione è la Piastra Endoscopica Aziendale con ambienti polivalenti e integrati realizzata nel 2021 e dotata di cinque sale, postazioni di monitoraggio e sistema automatizzato e centralizzato di disinfezione degli endoscopi per l'esecuzione di esami

diagnostici ed operativi di Gastroenterologia, Urologia e Pneumologia (circa 6.000 prestazioni/anno tra cui gli esami EBUS - Endo Bronchial Ultra Sound).

Sono presenti tre Blocchi Operatori per un totale di 21 sale operatorie di cui una sala ibrida realizzata nel 2013 tra le prime in Regione Piemonte, che permette un approccio multidisciplinare integrando la Radiologia Interventistica con le discipline chirurgiche.

Figura n.75: Attività in sala ibrida

Anno	2019	2020	2021	2022
numero interventi	579	412	573	496

Come emerge dalla relazione a cura della Responsabile del BOS si è verificato l'aumento degli slot programmati a partire dal secondo semestre 2022 rispetto al 2019, a fronte di una diminuzione degli stessi nel primo semestre 2022, dovuta sia alla presenza di pazienti Covid con conseguente carenza di posti letto per l'attività di elezione, sia alla carenza di personale infermieristico di sala operatoria.

Per il Dipartimento di Area Medica, l'Ematologia ha acquisito l'accreditamento europeo secondo lo standard JACIE per i trapianti di midollo osseo, certificazione essenziale per poter svolgere tutte le operazioni di raccolta, processazione ed infusione collegate alle diverse tipologie di trapianto (autologo, da donatore familiare e non familiare), con circa 50 trapianti di midollo osseo/anno. L'Ematologia è stata altresì individuata nel 2021 quale terzo Centro Regionale piemontese per il trattamento dei pazienti con terapie CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-Cell). In ambito onco-ematologico vengono allestite e somministrate oltre 20.000 preparazioni chemioterapiche endovenose e quasi 4.000 dispensazioni di terapie orali.

La Nefrologia e Dialisi, dotata di 41 postazioni, è servita da un innovativo impianto di produzione on site di acqua bi-osmotizzata e di distribuzione dei concentrati acidi che permette la disinfezione chimica e termica dei circuiti oltre a una riduzione della produzione di rifiuti speciali.

La gestione dell'ictus è attività prioritaria dell'AO attraverso la "Stroke Unit" Unità Ictus e la Neuroradiologia Interventistica che sono individuate quali centro hub nell'ambito della Rete Regionale Ictus in coordinamento con l'Hub di Torino per consentire il più tempestivo e corretto approccio terapeutico al paziente.

E' stata ampliata l'offerta specialistica ambulatoriale all'interno dei percorsi della diabetologia.

Si è registrato un aumento significativo dell'attività oncologica in termini sia di terapie che di prestazioni ambulatoriali, con la registrazione, nel corso del 2022, di nuovi farmaci con un aumento delle indicazioni all'uso.

Importante si è rivelata l'attività di un ambulatorio presso la SC Pneumologia, dedicato per i pazienti andati incontro a Covid-19, in cui sono state inoltre effettuate centinaia di visite ed esami per valutare eventuali danni secondari alle forme più gravi di infezione SarsCov2.

Continua la crescita dell'Heart team composto da professionisti della Cardiologia, Cardiochirurgia, Chirurgia Toraco Vascolare, Anestesia, Medicina di Urgenza, Radiologia per il confronto multiprofessionale sui singoli pazienti in carico fino all'ambulatorio di transizione tra fase acuta a cronica e la condivisione efficace dell'aggiornamento nella comunità di pratica. A marzo è stato inaugurato un nuovo ambulatorio per le malattie rare cardiologiche.

Nel Dipartimento dei Servizi la Medicina Nucleare è l'unica in Regione Piemonte a disporre di un centro operativo ciclotrone-radiochimica-radiofarmacia in grado di produrre in house numerosi radiofarmaci impiegati nella diagnostica del tumore alla prostata, dei tumori cerebrali, nonché per la diagnosi e il trattamento del cancro della mammella metastatico. Il volume di esami PET erogati è pari a circa 4.000 esami/anno. La Fondazione Ospedale Cuneo Onlus ha avviato una massiva raccolta fondi tramite diversi canali per riuscire a dotare l'ospedale di una seconda PET.

La SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale è accreditata con il sistema EFI (Federation for Immunogenetics) suo quale laboratorio HLA per la tipizzazione di donatori volontari non familiari e pazienti

ematologici che necessitano di trapianto di cellule staminali emopoietiche (studio genetico e istocompatibilità).

Il Laboratorio Analisi, nel ruolo di hub di Area, è dotato di sistemi ad alta automazione e capacità produttiva (Laboratorio Unico Virtuale) per la processazione di esami all'interno della rete provinciale con l'effettuazione di oltre 1.100.000 esami/anno per pazienti esterni.

Da lunedì 7 novembre gli utenti possono prenotare gli esami presso il Laboratorio di via Boggio da pc, tablet e smartphone, individuando una fascia oraria e ricevendo un codice da utilizzare durante tutto l'iter presso la struttura.

La Radiologia eroga mediamente per pazienti esterni 10.000 risonanze magnetiche all'anno, oltre a 13.000 tomografie computerizzate e quasi 20.000 ecografie.

I dati relativi all'attività di biometria nel 2021 evidenziano un aumento dell'attività nel 2022 del 127% rispetto all'anno precedente.

In Azienda è presente la Radioterapia, servizio che eroga oltre 1.700 prime visite/anno per pazienti oncologici e oltre 1.200 trattamenti/anno di cui alcuni di alta specializzazione come la brachiterapia esofagea e ginecologica (circa 100/anno) oltre a trattamenti stereotassici ablativi (circa 50/anno).

Alcune strutture aziendali afferenti al Dipartimento dei Servizi e dell'Area Medica hanno ottenuto la certificazione ISO 9001:2015 per il miglioramento del Sistema di Gestione della Qualità in Azienda.

La Farmacia Ospedaliera dispone dal 2020 di un sistema automatizzato (robot Apoteca Chemo, di cui esiste esemplare analogo solo a Candiolo) per l'allestimento di farmaci antitumorali interfacciato con il sistema informatico di prescrizione della terapia a garanzia di standard di sicurezza.

Sono procedure complesse che prima erano solo manuali; con questo automa si riducono del 25% i tempi di realizzazione dei preparati galenici, migliora il flusso di lavoro e la sicurezza per pazienti e operatori. Il robot lavora a servizio dei reparti di Ematologia e Oncologia e dei loro pazienti che sono in forte aumento dal pre Covid e di conseguenza sono in crescita anche le terapie somministrate. Il nuovo macchinario consente grande affidabilità, riduce ancora di più il rischio di errori e consente notevoli risparmi. Il robot può utilizzare decine di principi attivi, di cui 36 sono quelli "automatizzati", con circa 9 mila preparazioni l'anno, per cui si risparmiano in media 8 minuti l'una: significano 155 giorni di lavoro di un operatore che si può dedicare a fare altro. Le preparazioni sono quelle con principi attivi tossici e pericolosi, calibrate al secondo per i tempi di consegna dalla farmacia del Carle ai reparti del Santa Croce. Il macchinario, realizzato da un'azienda di Ancona, era stato donato da Fondazione Crc e Ail «Paolo Rubino» di Cuneo. Ogni anno l'ospedale di Cuneo ha una spesa farmaceutica di oltre 35 milioni, di cui due terzi sono per le terapie oncoematologiche. Nel 2022 la farmacia dell'ospedale ha prodotto più di 24 mila preparati galenici sterili, di cui 19 mila per malati oncologici e oncoematologici. Il robot garantisce un centinaio di preparazioni al giorno

Svolge, inoltre, attività di allestimento centralizzato dei KIT operatori per singolo paziente per le diverse specialità chirurgiche che afferiscono ai Blocchi Operatori aziendali, garantendo così un elevato standard di qualità e la totale tracciatura dei materiali utilizzati (oltre 20.000 kit operatori/anno).

Figura n.76: Accessi ambulatoriali 2022 per tipologia

TIPO PRESTAZIONE	2022
1. PRIMA VISITA	92.050
1.. PRIMA VISITA CAS	3.413
2. VISITA DI CONTROLLO	88.402
3. ALTRE PRESTAZIONI	1.515.129
Totale	1.698.994

Sono state erogate 94.933 prestazioni ambulatoriali in più rispetto al 2021.

Sono stati creati nuovi ambulatori per riuscire a rispondere sempre meglio alle esigenze delle persone, tra i quali, a titolo di esempio, quello per i sanguinamenti anomali all'interno del Centro Salute Donna (obiettivo n.54), quello urologico di secondo livello di andrologia e centro per l'incontinenza maschile (obiettivo n. 39) che mostrano attivamente l'impegno all'interno dei circuiti ONDA Bollini Rosa e Bollino Azzurro.

Sono stati messi in funzione un ambulatorio chirurgico specifico per pazienti affetti da malattie epato-bilio-pancreatiche, nonché effettuata una riorganizzazione all'interno della pneumologia (interstizio del polmone, GIMPI EMS, ventilazione domiciliare e disturbi respiratori del sonno)

È stato rivisto il percorso di presa in carico dei pazienti tra i chirurghi plastici ed i dermatologi, con la creazione di un ambulatorio per gli interventi chirurgici a bassa complessità e un per gli interventi complessi.

I cambiamenti si sono tradotti in 25 codici erogatori nuovi generati dal SID.

Figura n.77: Accessi ambulatoriali 2022 per cittadinanza e per genere

SESSO	2022
M	800.123
F	898.871
Totale	1.698.994

Figura n.78: Confronto 2019-2022 accessi ambulatoriali per genere

SESSO	tipo prest.	2019	2020	2021	2022
F	1. prima visita	43.082	31.298	41.417	45.931
F	1.. prima visita cas	1.918	1.814	2.257	1.876
F	2. visita di controllo	56.618	42.450	44.160	46.427
F	3. altre prestazioni	796.561	629.751	759.054	804.637
M	1. prima visita	43.562	33.741	42.176	46.119
M	1.. prima visita cas	2.306	1.852	2.045	1.537
M	2. visita di controllo	50.598	37.846	40.446	41.975
M	3. altre prestazioni	703.899	571.553	670.081	710.492
Totale		1.698.544	1.350.305	1.601.636	1.698.994

In riferimento al Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale il fabbisogno stimato per l'annualità 2022, secondo le indicazioni contenute nella DGR 4-4878 del 14.04.2022 e s.m.i., è stato calcolato in 9.500 prestazioni da eseguire tramite l'utilizzo di risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (pari all' 86% del totale di pazienti inseriti in lista di attesa in tutte le classi di priorità al 31.12.2021).

Al 31.12.2022 risultano eseguite, a partire dal mese di aprile termine dell'ultima ondata pandemica da Covid-19, 8.092 prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale e regionale che fanno attestare la produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale al 104% di quella antecedente all'emergenza pandemica dell'anno 2019 (obiettivo n. 4.3. del Direttore Generale).

Relativamente all'attività del Servizio di Medicina Immunoematologia e Trasfusionale e all'apporto dei donatori, dalle tabelle sottostanti si evincono le difficoltà legate ai due anni di pandemia.

Figura n. 79: Rappresentazione dati forniti dal SIMT in merito alle maggiori attività di raccolta omologhi 2022 e cfr 2021

Cod.	MESE	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	TOT.	2021
.01	Unità raccolte in sede	517	661	655	571	586	585	564	603	637	657	621	680	7337	7702
.01	Unità raccolte fuori sede	58	42	30	59	10	30	63	20	43	58	20	22	455	506
	Sangue Intero Omologo	575	703	685	630	596	615	627	623	680	715	641	702	7792	8208

Cod.	MESE	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	TOT.	2021
.02	Plasma da Aferesi	219	279	317	268	265	255	254	247	263	292	326	297	3282	3278
.03	PlasmaPL Taferesi (multic.)	8		2	4	3	0	6	5	1	4	1	6	40	82
.06	Cellule Staminali da Aferesi	5	7	1	3	2	2	1	1	5	3	0	2	32	28
	Linfociti da aferesi	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0		3	
.09	Doppia Eritroafesi (multic.)	6	4	1	3	5	2	7	6	1	5	4	3	47	57
	Donazioni Aferesi	238	290	321	278	275	261	268	260	270	304	331	308	3404	3445
C.1	Totale Generale	813	993	1006	908	871	876	895	883	950	1019	972	1010	22392	11653

Figura n. 80: Rappresentazione donatori seguiti dal SIMT nel 2022 e variazione rispetto al 2021

2021	M	F	TOT	2022	M	F	TOT
Donatori periodici	3277	1573	4850		3143	1525	4668
<i>di cui hanno donato almeno una volta all'anno negli ultimi 5 anni</i>	1900	596	2496		1854	606	2460
Totale Donatori	3765	2073	5838		3322	1712	5034

Figura n. 81: Rappresentazione nuovi donatori seguiti dal SIMT nel 2022 e variazione rispetto al 2021

	D													D%	
Nuovi donatori idonei	36	54	47	39	34	44	31	39	31	44	36	40	475	-135	-22,1
Maschi	17	27	19	23	18	25	13	22	14	25	19	20	242	-30	-11,0
Femmine	19	27	28	16	16	19	18	17	17	19	17	20	233	-105	-31,1

Anche relativamente ai donatori stranieri si osserva sia un calo degli accessi ai punti prelievo e delle donazioni, sia una contrazione della diminuzione di ingressi e stabilizzazioni.

Circa il 3,48% dei donatori (208) è di origine straniera; le nazionalità maggiormente rappresentate rimangono stabili (52 donatori della Romania, 24 Marocco, 18 Francia, 17 Albania, 13 Argentina).

Il numero di nuovi donatori, a causa della pandemia da Covid 19, ha registrato un calo al momento non recuperato, nonostante gli avvisi per la popolazione, in particolar modo nei momenti di riduzione delle riserve, con un - 5% rispetto al 2021. Insieme alle unità raccolte con Savigliano viene coperto anche il fabbisogno di Verduno, occasionalmente tramite compensazione intraregionale (95 unità) ed extraregionale (80 unità) verso la Sardegna. Sono continuate le iniziative di promozione, in collaborazione con le Associazioni ed i gruppi precostituiti, come "Metti in moto il dono", motopasseggiata fino ad Alba passando per Verduno, organizzata con i donatori Michelin; la raccolta con l'ausilio dell'emoteca della Croce Rossa alla Caserma Vian, incontri con le Scuole di zona che nel 2022 sono ripartiti in presenza.

Nel 2022 nell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo ci sono state 13 donazioni multiorgano con un numero di opposizioni del 28% e 48 donatori di cornee. Ciò denota la predisposizione al dono dei Cuneesi e la professionalità dei sanitari coinvolti. Sono riprese anche in presenza sul territorio le iniziative di promozione alla donazione d'organo rivolte alla popolazione.

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

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

I maggiori capitoli⁶² sono consultabili nella sezione Dati ulteriori di Amministrazione Trasparente.

L'Azienda assegna, inoltre, mediante affidamento diretto in house providing, una serie di servizi, in modo particolare attraverso la Società Partecipata AMOS s.c.r.l, di cui è rappresentante maggioritario, insieme ad altre ASR.

Come emerge dalla documentazione presentata per valutare il pieno raggiungimento dell'obiettivo n. 111 coordinato dalla SS DAPO e logistica (indagini e consultazioni preliminari di mercato in base al Codice degli Appalti e alle Linee Guida ANAC sui servizi affidati) l'assegnazione dei servizi ad AMOS risulta motivatamente vantaggiosa.

I servizi gestiti con affidamento diretto in house providing dalla società Amos S.c.r.l. visibili nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁶³ nel 2022 sono stati:

- servizi amministrativi di supporto alle attività sanitarie (Gestione del servizio di supporto telefonico al percorso ambulatoriale, Sportello Unico Interaziendale, Accettazione e Cassa, Supporto dell'attività sanitaria del dipartimento radiologico, Ufficio Sperimentazioni Cliniche, Libera Professione, Centro Prelievi);
- servizio alberghiero di assistenza alla persona degente
- servizio di gestione dell'archivio sanitario e amministrativo e di servizi annessi
- servizio accoglienza ed informazione al pubblico
- servizio di gestione delle camere mortuarie
- servizi logistico - alberghieri di movimentazione materiali, beni e persone
- servizi logistici di supporto alla gestione dei magazzini aziendali, incluso autotrasporto materiale
- servizio help desk e assistenza pc
- servizio telefonico di supporto al percorso ambulatoriale dell'A.O. S. Croce e Carle, sportello unico interaziendale con l'ASL CN1 e servizio di accettazione e cassa per i presidi ospedalieri S. Croce e A. Carle
- servizio di attività tecnico sanitaria e logistica a supporto delle prestazioni cliniche del laboratorio analisi
- servizio ristorazione degenti e dipendenti.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili e immobili ad essa appartenenti secondo le risultanze di cui all'inventario ex art. 9 L.R. n. 8 del 18.01.1995, nonché da tutti i beni che saranno successivamente acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità. L'Azienda ha provveduto alla classificazione dei beni patrimoniali in disponibili e indisponibili ai sensi dell'art. 8, c. 2, L.R. 18.01.1995 n. 8 e, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, c. 2, del D.Lgs. n. 229/1999, ne dispone secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge. L'Azienda riconosce la valenza del patrimonio quale strumento di potenziamento e qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento, anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale di cui all'art. 5, c. 2 del d.lgs. n. 229/1999.

La gestione del patrimonio così come emerge dalle pubblicazioni in Amministrazione Trasparente⁶⁴ è disciplinata dalla normativa nazionale e regionali in materia, nonché dal regolamento aziendale per la tenuta e la gestione dell'inventario dei beni patrimoniali attualmente in fase di revisione, così come la dismissione dei beni fuori uso.

L'Azienda Ospedaliera dispone di un unico immobile ad uso abitativo (alloggio a Savona) pervenuto quale lascito testamentario a fine 2021. Nel corso del 2022 sono state effettuate le pratiche per la successione ed è stata presentata istanza di rettifica al Catasto di Savona in quanto dalla verifica delle

⁶² <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/>

⁶³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/enti-controllati/enti-di-diritto-privato-controllati/>

⁶⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/beni-immobili-e-gestione-patrimonio/>

visure catastali non risultava la proprietà della quota di diritti sul manufatto adibito a “cabina enel” ricompreso nell’atto di provenienza dell’immobile in oggetto.
E’ in corso l’affidamento della perizia valutativa dopo l’esito negativo dei tentativi di affidamento intrapresi nel 2022, come evidenziato da specifico obiettivo 2022.
Il libro de cespiti viene costantemente aggiornato tramite l’inserimento in inventario dei nuovi beni acquisiti e lo scarico di quelli dismessi.

3.4 Organizzazione

Con DGR n. 13-3295 del 28.05.21 è stato nominato il Direttore Generale che a sua volta ha individuato il Direttore Amministrativo ed ha confermato il Direttore Sanitario. La documentazione è pubblicata sul portale aziendale⁶⁵.

La Deliberazione della Giunta Regionale 7 ottobre 2022, n. 19-5756⁶⁶, previa verifica della coerenza alla programmazione regionale e alla normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione aziendale e con gli atti aziendali delle AA.SS.RR. del medesimo ambito territoriale sovrazonale, ha approvato l’Aggiornamento dell’Atto Aziendale ex art. 3, comma 1bis, D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.. Modifica deliberazione n. 611 del 22.10.2015 e s.m.i.”, così come trasmesso in data 12/08/2022.

Pertanto da tale data è in vigore il nuovo Atto Aziendale, come descritto nel provvedimento n. 394 del 12/08/2022, pubblicato unitamente all’organigramma ed al Piano di Organizzazione sul portale aziendale⁶⁷ e comunicato a tutti i dipendenti tramite la rete intranet.

Gli interventi organizzativi proposti sono risultati coerenti rispetto ai criteri di organizzazione e ai parametri standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse di cui alla D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015, All. A e s.m.i. . In particolare la previsione della SC Affari Generali e Patrimonio Aziendale è coerente con le previsioni della DGR 2-530 del 19.11.2019, che ha ridefinito lo standard di strutture complesse dell’area PTA; la previsione della SC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, in deroga alla 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i., si giustifica in relazione all’assenza di una SC dedicata alla funzione nell’area Piemonte sud-ovest; l’Atto Aziendale, a modifica del precedente assetto, elimina la connotazione interaziendale per alcune SC di area PTA.

Le principali variazioni, così come evidenziate graficamente nell’organigramma⁶⁸ riguardano:

- a) a livello tecnico amministrativo e staff
 - l’istituzione di una Struttura Complessa Affari Generali e Patrimonio Aziendale all’interno della quale è ricompresa la SS Patrimonio ed Attività Amministrative Trasversali;
 - la definizione di una Struttura Complessa economico Logistica all’interno della quale sono collocate le Strutture Semplici Bilancio e Contabilità e DAPO e Logistica;
 - viene istituita la Struttura Semplice Assistenza Legale all’interno della Struttura Interaziendale Servizio Legale incardinata nell’ASLCN1;
 - viene creata la Struttura Semplice Progettazione Ospedaliera, Innovazioni e HTA in staff alla Direzione Generale;
 - ridenominate le Strutture Semplici Unità Prevenzione Rischio Infettivo all’interno della DSP; SS Logistica, Politica del Farmaco e Appropriately Prescrittiva all’interno della Farmacia Ospedaliera e la Funzione NOCC e Bed Management all’interno della DSP;
 - cessano di essere interaziendali le Strutture Complesse Acquisti Beni e Servizi, Sistema Informativo Direzionale; rimangono invece interaziendali le Strutture Complesse incardinate nell’ASLCN1: Medicina del Lavoro, Servizio Legale, Gestione Risorse Umane e la Struttura Semplice Comunicazione Ufficio Stampa
- b) a livello clinico

⁶⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/>

⁶⁶ Atti aziendali delle AA.SS.RR – A.O. S. Croce e Carle di Cuneo – Atto n. 394-2022 del 12/08/2022 “ Aggiornamento Atto Aziendale ex art. 3, comma 1bis, D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.. Modifica deliberazione n. 611 del 22.10.2015 e s.m.i.”. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par. 5.1.

⁶⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

⁶⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

- l'istituzione della SS Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO) all'interno del DEAC, della SS Lung Unit nel Dipartimento Medico,;
- passata a rango di Struttura Complessa la Struttura Semplice Chirurgia Plastica e Ricostruttiva;
- ridenominate le SS Centro Lavorazione degli Emocomponenti, Radiologia, nel Dipartimento Interaziendale dei Servizi; le SC Anestesia Cardioracovascolare e Terapie Intensive, SS Rianimazione, SS Anestesia Blocco Operatorio Specialistico (BOS), SC Anestesia Blocco Operatorio Polivalente (BOP); SS Area Critica Semintensiva, SSD Terapia del Dolore nel DEAC; SS Gestione Trapiantati Renali nel Dipartimento Medico; la SS Chirurgia Corneale e Trapianto di Cornea nel Dipartimento Chirurgico.

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

L'Azienda si articola in:

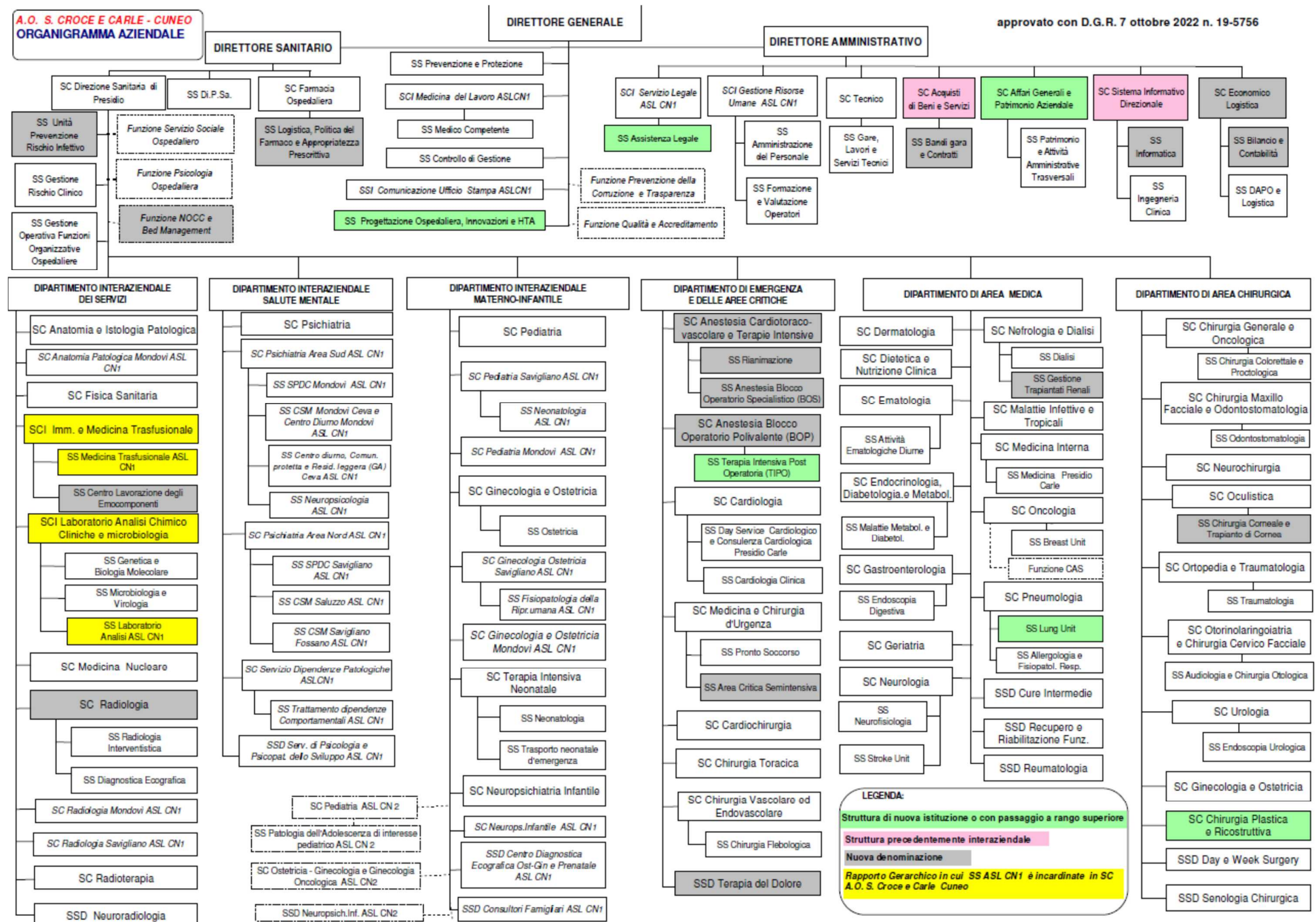
- una Direzione Aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- due stabilimenti ospedalieri;
- Dipartimenti aziendali caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- Dipartimenti interaziendali comprendenti strutture di Aziende sanitarie diverse,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

La struttura organizzativa aziendale rimane quella illustrata nell'organigramma⁶⁹ pubblicato nell'apposita area del portale (Figura n. 82).

⁶⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

A.O. S. CROCE E CARLE - CUNEO
ORGANIGRAMMA AZIENDALE

approvato con D.G.R. 7 ottobre 2022 n. 19-5756



3.5 Pari opportunità, bilancio di genere e dati del personale

All'interno della relazione elaborata dal "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG)⁷⁰ sono annualmente presentati alcuni dati relativi ai dipendenti dell'Azienda.

Tabella n. 83: Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2022

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

Dal 2 novembre⁷¹ sono stati reintegrati tutti i dipendenti sospesi per mancata effettuazione della vaccinazione anticovid prevista, non ritenendosi più giustificata né proporzionata al mutato quadro epidemiologico.

Il tasso di presenza e assenza del personale dipendente, rilevato mensilmente, viene pubblicato sull'apposita area dell'Amministrazione Trasparente⁷², così come altri dati previsti per la pubblicazione (consulenti e collaboratori, personale a tempo indeterminato).

L'AO non si è affidata alle cooperative a gettone ma a incarichi di lavoro autonomo per coprire le carenze di personale che spesso non consentono di coprire il turn over a causa di bandi che vanno deserti o di graduatorie che si esauriscono velocemente. Il saldo tra uscite (cambi azienda, pensionamenti) ed entrate (assunzioni a tempo indeterminato e determinato) segna, dopo qualche anno a valore negativo, un aumento significativo di unità in tutte le maggiori categorie professionali, per quanto consentito dal Piano di Fabbisogno del Personale. Sono proseguite le convenzioni che prevedono la prestazione di operatori dell'AO in altre Aziende ma a causa delle difficoltà condivise da tutte le ASR diventa complesso gestire anche le convenzioni interaziendali in base alle risorse lavoro a disposizione.

Il Direttore Generale nelle riunioni collegiali ed in numerose occasioni aziendali e pubbliche ha sottolineato l'impegno profuso dai professionisti coinvolti, esprimendo l'apprezzamento da parte di tutta la Direzione ed invitando ad estendere sempre il riconoscimento a tutti i collaboratori.

In modo particolare, è stato rilevato l'impegno nella gestione pandemica, nella campagna vaccinale, nel recupero delle prestazioni e nelle varie situazioni in cui l'AO si è impegnata e distinta.

⁷⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

⁷¹ Decreto Legge 31 ottobre 2022, n. 162

⁷² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=269>

Nell'ambito della qualificazione, aggiornamento e valorizzazione del personale dipendente, l'Azienda definisce il Piano annuale della Formazione Aziendale (PFA⁷³), approvato dal Direttore Generale con Deliberazione n.112 del 9/3/2022.

Nell'ambito della definizione annuale del budget assegnato ai Dipartimenti ed alle Strutture vengono individuate le risorse assegnate alla formazione per il rispettivo anno di vigenza del Piano formativo.

Annualmente la S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori (FVO) provvede alla raccolta dei bisogni formativi a livello dipartimentale per le Strutture cliniche in collaborazione con la S.S. DIPSA-e a livello di Strutture tecnico-amministrative, al fine di pervenire a una bozza di pianificazione complessiva, suddivisa per aree, che viene validata del Comitato Scientifico per la Formazione e deliberata dalla Direzione Aziendale. Nel 2022 si è proceduto con modalità analoga per il PFA 2023.

Oltre alle iniziative previste dal PFA, esiste la possibilità, previo vaglio da parte dei rispettivi Responsabili e della FVO, di attingere al budget della cosiddetta "formazione fuori sede" per favorire la partecipazione individuale a iniziative esterne, anche in forma sponsorizzata, nel rispetto delle disposizioni regionali che vengono rendicontate alla Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (FPCT).

Figura n. 84: Formazione realizzata e formazione pianificata anno 2022

Numero di proposte indicate nel piano formativo 125	Numero di proposte per cui è stata realizzata almeno un'iniziativa formativa 64	Percentuale delle proposte realizzate sulle pianificate 51,2 %
Numero di iniziative formative realizzate 97	Numero di iniziative formative non associate a proposte in piano 26	Percentuale di iniziative formative realizzate al di fuori delle iniziative associate a proposte in piano 26,80%

L'analisi dei dati evidenzia lo sforzo per ritornare ai livelli pre-Covid dopo il brusco rallentamento del 2020, anno oggetto di politiche restrittive, a mano a mano allentate nel 2021. Globalmente il sistema è stato quindi reattivo al progressivo mutamento dello scenario, migliorando le proprie prestazioni una volta alleggerite le restrizioni. Il dato che sottolinea questo aspetto è la ripresa della formazione residenziale, i cui corsi sono aumentati dopo il crollo conseguente alla pandemia.

La FAD prosegue la curva al rialzo sul numero di corsi realizzati. Nel corso del 2022 hanno avuto infatti ulteriore sviluppo gli eventi e-learning asincroni, erogati attraverso la piattaforma Medmood, che hanno consentito di ottemperare rapidamente alle numerose iniziative previste dalla normativa vigente per varie aree tematiche (esempio: Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Rischio clinico, etc..) senza dover impattare negativamente sul servizio con sottrazione di risorse umane per iniziative in presenza.

Figura n. 85: Partecipazione a iniziative formative aziendali

Totale destinatari previsti 12620	Totale partecipanti effettivi 6550 5846	Totale attestati ecm 5231	Totale attestati non ecm 1293
--------------------------------------	---	------------------------------	----------------------------------

L'efficacia delle diverse iniziative, il gradimento complessivo sia dei corsi che dei docenti nonché gli esiti delle prove di valutazione, sono sempre ampiamente positivi e, molto spesso, raccolgono anche elementi propositivi e di sviluppo che dimostrano un buon interesse soprattutto da parte del personale di comparto, che giustificano lo sforzo richiesto per la partecipazione e/o fruizione, soprattutto in presenza.

73

Il costo della formazione aziendale sul conto di Bilancio 03.10.457 risulta così ripartito:

- formazione in sede - totale stanziato: € 250.000,00; costi consuntivati 2022: € 106.478,62
- formazione fuori sede - totale stanziato: € 350.000,00; costi consuntivati 2022: € 218.032,84
- pubblicazione articoli scientifici: € 2.974,85
- abbonamenti: € 4.120,30

Per quanto attiene la formazione fuori sede nel 2022 sono state gestite 1564 pratiche/partecipazioni di cui 367 sponsorizzate secondo la regolamentazione regionale.

Il raggiungimento degli obiettivi e i risultati attesi della formazione, a livello qualitativo e quantitativo in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze dei dipendenti, viene rendicontato all'interno della Relazione Simivap.

La gestione e controllo dei crediti ECM spetta al singolo operatore che, previa registrazione, ha accesso alla banca dati COGEAPS per visualizzare la propria situazione con possibilità di segnalare e/o integrare eventuali incongruenze. Il controllo (certificazione dei crediti) spetta agli Ordini delle Professioni Sanitarie (e/o Associazioni laddove non presente l'Ordine) che hanno rapporto diretto con i propri iscritti.

La FVO gestisce il processo attraverso il quale vengono banditi, assegnati e verificati i permessi retribuiti per diritto allo studio – ex 150 ore, come da provvedimenti aziendali.

Nel 2022 sono stati concessi a 31 operatori (100% dei richiedenti dei dipendenti autorizzati su un massimo autorizzabile di 55 unità), autorizzati 22 Femmine e 9 Maschi di diverse figure professionali e per molteplici percorsi, per lo più master e lauree specialistiche.

Negli ultimi anni la rete formativa italiana in campo medico si è ampliata includendo oltre alle Università, alle Cliniche Universitarie e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), tra gli Ospedali di Insegnamento le Aziende Ospedaliere appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale, e ciò è stato possibile attraverso la realizzazione di rapporti convenzionali diretti con le Scuole di Medicina universitarie.

Il progetto di Ospedale di Insegnamento per l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo è stato avviato nel 2013. Verificata la sussistenza dei criteri necessari, l'Università degli Studi di Torino rafforzò la già esistente stretta collaborazione attraverso la realizzazione della convenzione tra la Scuola di Medicina e l'Azienda Ospedaliera stessa, convenzione che venne siglata il 10 luglio 2013 ufficializzando così la connotazione di teaching hospital del nosocomio cuneese.

Al progetto aderirono 165 medici, appartenenti a 47 Strutture cliniche, in qualità di tutore un numero che oggi, a 9 anni di distanza, risulta invariato, a testimonianza di quanto la presenza di studenti rappresenti, oltreché un impegno a trasmettere competenze e conoscenze, anche un ottimo stimolo all'aggiornamento continuo.

Già allora l'Azienda Ospedaliera non era nuova alle esigenze delle figure sanitarie in termini di formazione di base in quanto già sede del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche. Inoltre, da diversi anni e in numerosi reparti, giovani medici completano il proprio percorso formativo specialistico sotto l'egida dell'Università di Torino.

Il riconoscimento di teaching hospital ha, quindi, consolidato l'attrazione formativa della struttura ospedaliera rappresentando un'ulteriore nota di prestigio, ma soprattutto una tangibile ricchezza culturale sanitaria.

Come riportano dati della letteratura scientifica, i teaching hospital, per il costante aggiornamento cui sono tenuti i docenti e lo stimolo costituito dalla presenza di giovani discenti, si caratterizzano per una minore mortalità intra-ospedaliera per tutte le patologie e per una minore durata dei ricoveri.

L'ospedale frequentato da personale in formazione beneficia dello stimolo a dover mantenere elevati gli standard di cura e del confronto con gli studenti che, in quanto tali, si caratterizzano per curiosità ed entusiasmo. Ad oggi si sono specializzati mediante un percorso formativo presso l'Ospedale di Cuneo oltre 400 medici; molti di essi hanno poi proseguito la propria attività professionale nella stessa sede.

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

- Scuole di specializzazione universitarie 34 + 5 fuori rete formativa
- Altre Scuole 16

Le convenzioni attive nel 2022 sono state:

- Università degli Studi di Torino per Scuole di Specializzazione in Rete Formativa n. 31
- Università degli Studi del Piemonte Orientale per Scuole di Specializzazione in Rete Formativa n. 1
- Università Varie per Scuole di Specializzazione Fuori Rete Formativa n. 9
- Università Varie per CLM, CL Professioni Sanitarie, Master n. 15
- Scuole di Psicologia, Psicoterapia n. 2

che si sono tradotte in:

studenti CLM in Medicina e Chirurgia (anno 2022)

- studenti accolti: 165
- periodi di tirocinio effettuati: 500

Specializzandi (Medici - Psicologi - Farmacisti specializzandi che hanno effettuato il tirocinio nel corso del 2022): 162

- di cui 35 hanno svolto più periodi di tirocinio
- di cui 66 già presenti nell'anno 2021

L'AO è sede dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in Infermieristica, in Tecniche di Laboratorio Biomedico e in Tecniche di Radiologia per Immagini e Radioterapia afferenti alla Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino⁷⁴ con mediamente 450 iscritti sui tre corsi nei tre anni, con un'alta percentuale di laureati nel periodo triennale prestabilito.

28 Studenti hanno svolto la loro attività all'interno dei Corsi di Laurea in : Infermieristica Pediatrica; Ostetricia-Master Infermieristica in Sanità Pubblica; Farmaci per tesi-Specializzandi Farmacia per visita.

Non è ancora ripresa la presenza dei frequentatori volontari a seguito dell'emergenza pandemica e nel 2022 non erano attivi percorsi di alternanza scuola –lavoro.

Ulteriori informazioni sono contenute nella Relazione PAP 2022⁷⁵ elaborata dal CUG.

Inoltre, per una corretta rappresentazione del grado di assorbimento di risorse connesse con le attività oggetto del Ciclo di Gestione della Performance, si tiene conto anche del personale non dipendente che opera presso l'Azienda, sulla base di incarichi di consulenza, convenzioni, comandi e tutti gli operatori di AMOS s.c.r.l. I dati sono presenti nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁷⁶ ed i costi relativi alle collaborazioni e incarichi libero-professionali sono visibili alla voce di Bilancio "B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato".

La FVO partecipa attivamente a:

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

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

3.6 Gestione del bilancio

Con D.L. n. 4 del 27/01/2022, convertito con L. n. 25 del 08/03/2022, recante "Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da Covid-19, nonché per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore

⁷⁴ www.unito.it

⁷⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

⁷⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/consulenti_e_collaboratori/

elettrico”, è stato previsto che per l’anno 2022 il termine per l’adozione dei bilanci di esercizio per l’anno 2021 fosse prorogato al 31 maggio 2022, anche al fine di sostenere i relativi interventi connessi alla campagna vaccinale. Successivamente la Regione Piemonte con D.G.R. n. 8-5443 del 29/07/2022 ha previsto l’adozione del bilancio di esercizio 2021 entro il 09 settembre 2022.

L’AO ha provveduto con Delibera n. 429-2022 dell’ 08/09/2022 all’Adozione bilancio consuntivo anno 2021⁷⁷.

Al momento della stesura del presente documento la Regione non ha ancora fornito indicazioni in merito alla redazione del Bilancio consuntivo riferito al 2022 pertanto si fa qui riferimento a quanto emergeva dal Conto Economico relativo al quarto trimestre 2022 e si demanderà al Bilancio che verrà pubblicato in Amministrazione Trasparente⁷⁸ per i dati definitivi.

Il Conto Economico al quarto trimestre 2022 ha rappresentato le assegnazioni regionali disposte con la Delibera di Giunta Regionale del 24 novembre 2021 n. 2 - 4147 “Modifica delle risorse del FSR 2021 assegnate con D.G.R. n. 34-2471 del 4 dicembre 2020: Riparto del Fondo Sanitario definitivo relativo alle risorse indistinte, finalizzate, premialità e vincolate del SSR 2021. Primo riparto delle quote previste del FSR 2022. Riparto delle quote payback per l’annualità 2021 e 2022 e ripartizione delle risorse della Gestione Sanitaria Accentrata” e gli altri provvedimenti regionali tra i quali quelli relativi ai finanziamenti vincolati all’impiego dei farmaci innovativi (oncologici e non) ai quali si rinvia provvisoriamente in attesa della disponibilità del valore per la gestione 2022.

I contributi regionali correnti indistinti iscritti nel conto economico al 4° trimestre 2022 in base alla quota di finanziamento di cui sopra, sono così determinati: € 5.557.193,82 al codice AA0031, € 699.580,06 al codice AA0032 e € 50.262.684,00 al codice AA0033.

Successivamente la D.G.R. del 21 marzo 2023, n. 37-6640 ad oggetto: “Riparto 2022 del Fondo Sanitario e entrate Payback agli Enti del S.S.R. è intervenuta a modifica delle risorse provvisorie assegnate con D.G.R. n. 2-4147 del 24/11/2021. Riparto delle quote del fondo sanitario indistinto accantonato in GSA per la copertura delle spese derivanti da CCNL 2019-2021 relative al comparto non dirigente e riparto alla ASL Citta' di Torino di euro 2,5 milioni per le finalità di interventi CUP.”

Il Conto Economico al 4° trimestre 2022 trasmesso alla Regione Piemonte per il successivo inoltrare ai Ministeri competenti, presenta le seguenti risultanze:

- perdita pari a € 27.306.938,00;
- ulteriori finanziamenti assegnati con la D.G.R. del 21 marzo 2023, n. 37-6640 “Riparto 2022 del Fondo Sanitario” pari a complessivamente a € 25.144.769,00;
- maggiori costi contabilizzati rispetto al 21/02/23, data di presentazione del BIVE IV trimestre pari a € 1.573.362,34;
- risultato al quarto trimestre 2022 rideterminato pari a - € 3.735.531,34

La perdita di esercizio di € 3,7 milioni, se corretta in funzione della maggiore produzione realizzata e non ancora contabilizzata dal CSI si riduce a € 0,3. Tale valore, al netto della perdita Covid presenta una situazione di sostanziale equilibrio.

I costi di gas e energia hanno costretto l’Asl Cn1 a una spesa di 10 milioni in più e l’AO è passata da 3.466.061 a 8.340.879 €, sfiorando cinque milioni di aumenti solo per gas, energia e teleriscaldamento, quest’ultimo lievitato da 189 a 816 mila € da gennaio a ottobre. Tutte le aziende hanno provato a correre ai ripari con un giro di vite per ridurre i consumi nelle aree non sanitarie: temperature a 19 gradi, non riscaldare gli uffici che restano vuoti, staccare i pc dalle prese, privilegiare le scale agli ascensori ma gli effetti sono stati limitati. D’altronde il vero consumo di energia elettrica avviene nelle sale operatorie, nei reparti di rianimazione, al pronto soccorso dove ci si è concentrati su un aggiornamento del parco impianti e degli apparati tecnologici per migliorarne l’efficienza energetica, sostituendo anche l’illuminazione con apparati Led.

E’ attivo l’energy manager aziendale che nel corso dell’anno provvede a ricordare periodicamente il ruolo di tutti nel buon uso delle risorse a disposizione.

Nell’anno 2022, l’Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle ha rispettato i termini di pagamento previsti dalle norme vigenti, pagando complessivamente i propri fornitori entro 60 giorni dalla data ricevimento

⁷⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=944>

⁷⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=944>

fattura/nota di debito e/o entro i termini previsti dai contratti. L'indicatore di tempestività dei pagamenti si è mantenuto negativo nei quattro trimestri dell'anno 2022 e il valore complessivo per l'anno 2022 risulta essere: -19,85 giorni.

Trimestralmente il Collegio Sindacale effettua una verifica di cassa sui Mandati di pagamento, le Reversali di incasso e il regolare versamento di oneri, contributi e IVA. 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, costituisce un rilevante momento delle attività delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei Conti.

Come previsto dalla Legge di Bilancio 2018, e dai successivi Decreti Ministeriali, dal 1° gennaio 2021 è entrato in vigore l'obbligo normativo in base al quale tutti gli ordini d'acquisto del Servizio Sanitario Nazionale devono essere emessi in formato elettronico e trasmessi attraverso il Nodo di Smistamento Ordini (NSO), e riportati, secondo le linee guida ministeriali, all'interno del tracciato delle Fatture Elettroniche. Tale adempimento per l'acquisto di servizi è entrato in vigore dal 1 gennaio 2022.

Dal mese di novembre 2022 il processo di liquidazione delle Fatture passive è stato trasferito dalla S.S. Bilancio e Contabilità alle varie strutture aziendali a cui tali fatture afferiscono.

La S.S. Bilancio e Contabilità effettua la registrazione delle fatture in contabilità ed elabora un elenco di trasmissione delle stesse assegnate alle diverse Strutture interessate; attraverso l'accesso nominativo al programma di contabilità (operato dal personale amministrativo dedicato), vengono visualizzati i documenti contabili assegnati alla rispettiva competenza ai fini della liquidazione (obiettivo 108). Le Strutture devono verificare la regolarità della fornitura, la conformità della prestazione in base all'ordine, la rispondenza dei prezzi e delle quantità a quelli convenuti in base all'ordine, contestando per iscritto via pec al fornitore ogni eventuale irregolarità o difetto riscontrato ai fini dell'interruzione dei termini di pagamento e richiedendo contestualmente l'eventuale nota di credito. L'elenco delle fatture liquidate, deve essere omogeneo per data di scadenza, deve includere le fatture con la stessa data e deve essere firmato digitalmente dai Responsabili delle varie Strutture, venendo così automaticamente trasmesso alla S.S. Bilancio e Contabilità che provvede ad emettere l'Ordinativo di pagamento informatico, nei limiti della somma dichiarata certa, liquida ed esigibile, previa verifiche fiscali previste dalla normativa vigente (verifica DURC, verifiche Equitalia). In questo modo, le diverse fasi del processo di Liquidazione delle fatture vengono svolte in Strutture diverse dalla S.S. Bilancio e Contabilità, che emette l'ordinativo di pagamento informatico sulla base di elenchi di liquidazione predisposti autonomamente da soggetti esterni alla S.S. stessa, garantendo maggiore trasparenza e tracciabilità.

L'Autonomizzazione della liquidazione fatture da parte di tutte le strutture esterne al Bilancio doveva avvenire dal 1.10.2022 (l'avvio era stato progressivamente spostato prima dalla primavera 2022 all'estate poi a settembre ed infine, a causa delle complessità del processo e delle necessità di risorse organizzative, ridefinito a ottobre) e doveva comprendere la liquidazione entro 30 giorni dal caricamento della stessa sul programma. Per motivi indipendenti dalle volontà delle singole strutture assegnatarie e del Bilancio (ritardo nel corretto e completo funzionamento del programma di liquidazione anche in relazione alla tempistica di acquisizione delle firme digitali non è stato possibile far seguire la formazione dei nuovi addetti alla liquidazione un'effettiva operatività, sovrapporsi di ulteriori attività urgenti a carico delle stesse) il processo ha avuto regolare modalità di gestione solo da fine anno.

Sono inoltre in fase di predisposizione le attività propedeutiche al passaggio al nuovo sistema amministrativo-contabile promosso dalla Regione Piemonte col fine di omogeneizzare le procedure di cui sopra, in tutte le Aziende Sanitarie Regionali, utilizzando un sistema amministrativo contabile unico per la Sanità.

Sulla scorta della pronuncia della Corte Costituzionale, è stato adottato il provvedimento n. 377 del 03/08/2022 "Impignorabilità di somme e di fondi delle Aziende Sanitarie" che quantifica, per il periodo di riferimento, gli importi delle somme in precedenza destinate alle attività proprie dell'Azienda, tenuto conto in primo luogo di quelle espressamente individuate quali essenziali dalla norma di legge: destinate alla corresponsione degli stipendi e alle competenze comunque spettanti al personale dipendente o convenzionato (art. 1, c. 5, del decreto legge 18.1.1993 convertito in legge 18.03.1993 n. 67) ed all'erogazione dei servizi sanitari di cui al decreto del Ministero della Sanità del 15.10.1993,

utilizzando le somme residue, fino a capienza, per il pagamento dei fornitori in base alle fatture pervenute, in modo da garantire la par condicio tra i creditori, tenendo conto di eventuali prescrizioni normative e/o giudiziarie, nonché, in particolare, del disposto del Decreto Ministeriale n. 40 del 18.1.2008 "Modalità di attuazione dell'art.48-bis del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602, recante disposizioni in materia di pagamenti da parte delle Pubbliche Amministrazioni".

Ad agosto è stato emanato il Regolamento⁷⁹ sulle modalità di recupero dei crediti derivanti dal mancato pagamento del ticket, dal mancato ritiro dei referti, dalla mancata disdetta degli appuntamenti nonché ulteriori casi previsti nel documento, per assicurare tutte le attività necessarie ad una corretta gestione dei contenziosi, nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e trasparenza ed in osservanza del principio di esclusione di conflitti di interessi tra l'attività pubblica e quella privata. Le stesse devono tendere a favorire il senso civico di tutti i cittadini, ad educare all'uso di beni della collettività, a garantire le corrette entrate in caso di omesso pagamento nonché maggiori recuperi nel caso dei controlli sulle certificazioni da reddito/patologia improprie.

Consistenti sono stati anche per il 2022 i contributi ricevuti dall'AO dalle due maggiori Fondazioni (CRC, Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle Cuneo Onlus), nonché le **donazioni** pervenute da privati sia come singoli cittadini che in Associazione e che vengono puntualmente rendicontati dalla Struttura PAAT rispetto alle entrate in denaro (totale € 111.795,00), in attrezzature (€ 131.360,89) alle quali vanno aggiunti i progetti finanziati dalla Fondazione CRC nell'apposita sessione 2022 (totale contributi € 248.000,00).

È cessato l'obbligo di pubblicazione delle donazioni liberali su specifico conto Covid⁸⁰, anche perché da mesi non ne erano più arrivate tramite il canale attivato in pandemia.

Nessun è stato ricevuto alcun contributo da Sponsorizzazioni nel 2022.

3.7 Strategie attuative

Il valore pubblico a cui tende l'Azienda è espresso nella propria mission e deriva dal mandato istituzionale ad essa conferito come Ente ad alta specializzazione ed ospedale hub di riferimento per l'Area Omogenea Piemonte Sud Ovest.

Gli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale rappresentano l'asse operativo da realizzare in maniera prioritaria e vengono declinati sulle diverse strutture aziendali attraverso il processo di budget.

La strategia dell'Azienda ha, come riferimento fondamentale, i principi enunciati nella Carta dei Servizi⁸¹:

- eguaglianza,
- imparzialità,
- continuità,
- diritto di scelta,
- partecipazione,
- efficienza ed efficacia.

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

- garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria di qualità in continuo miglioramento, nel rispetto della normativa;
- incrementare ed aggiornare la tipologia delle prestazioni adeguandole tempestivamente ai bisogni di salute emergenti;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, umane, tecnologiche, strutturali ed economiche;
- promuovere la collaborazione ed i collegamenti col territorio di riferimento;
- implementare linee di comportamento condivise e comuni a tutte le Strutture / Settori;
- rispettare i principi etici ed i valori sociali del contesto ambientale;
- promuovere la crescita professionale degli operatori.

⁷⁹ Delibera n.412 del 22.08.2022 in Amministrazione Trasparente/servizi erogati (<http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-di-attesa-1/>)

⁸⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/interventi-straordinari-di-emergenza/>

⁸¹ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/6_Impegni_e_Programmi_rev_14_del_15.03.2022.pdf

Nella Carta dei Servizi sono dichiarati gli impegni⁸² ed i fattori di qualità oggetto di monitoraggio annuale e variati nel 2021.

Coerentemente con le peculiarità di un'Azienda Ospedaliera, un peso consistente viene da sempre attribuito agli obiettivi connessi all'appropriatezza clinica e organizzativa - anche implementando il monitoraggio tramite indicatori previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)⁸³, rendicontando quanto previsto per i RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) in relazione al PNGLA (Piano Nazionale Governo Liste di Attesa) - all'aumento della consapevolezza da parte dei cittadini, nonché all'interfaccia con i processi di organizzazione, realizzazione e rendicontazione economico-gestionale.

Per aggredire il problema dell'appropriatezza fin dalla fase prescrittiva degli esami diagnostici, da alcuni anni, con il finanziamento della Fondazione CRC e il lavoro di un'apposita agenzia di marketing è stata presentata alla popolazione la campagna che veicola sei messaggi di senso comune tramite depliant/brochure informative, spot, rollup, cartellonistica, sito web, social, totem, cartoline, pretestati negli hub vaccinali ad alta frequentazione.

4 L'AVANZAMENTO DELLA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

La pianificazione per l'anno 2022 era stata condizionata dal permanere dell'emergenza pandemica che è stata dichiarata conclusa a livello nazionale il 31 marzo 2022.

Il settore sanità è rimasto tuttavia ancora fortemente condizionato da una serie di regolamentazioni sia nell'accesso che nella gestione interna finalizzate al contenimento dei contagi e anche al momento attuale non può ancora considerarsi pienamente a funzionamento ordinario come da periodo pre-pandemico.

Tutte le attività sono state finalizzate da un lato alla presa in carico delle persone affette da Covid, anche quando non ricoverate a causa della sintomatologia Sars ma da queste infette, dall'altra al recupero delle prestazioni ridotte o non effettuate nel periodo pandemico e dalla gestione ordinaria delle attività vecchie e nuove di questo ospedale hub.

La rendicontazione procede rispetto a quanto descritto nei documenti di programmazione 2022 ma anche sulla base degli aggiustamenti resisi necessari durante l'anno.

Rispetto agli elementi esterni indicati a inizio 2022, sono risultati rilevanti per l'agire aziendale soprattutto:

- a livello nazionale: il PNRR e il Piano nazionale delle liste d'attesa;
 - a livello regionale: il Piano di recupero delle prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero; i piani di gestione dei Pronto Soccorso; le indicazioni relative al reclutamento ed alla stabilizzazione del personale; la richiesta di dati finalizzati al monitoraggio ed alla ripianificazione
- a livello di Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: è continuata l'integrazione con le altre Aziende Sanitarie Locali presenti nell'Area Omogenea di appartenenza, con particolare riferimento alla continuità assistenziale ed al Programma Regionale di Screening (programma n. 4 dell'Area Sovrazonale Piemonte Sud Ovest); al Piano Locale Cronicità che viene monitorato congiuntamente tra ASLCN1 e AO inviando periodicamente le schede previste in Regione ed al Piano Locale di Prevenzione;
- a livello locale è avanzato l'iter di valutazione per la costruzione dell'edificio dell'ospedale nuovo, con un acceso dibattito che ha coinvolto tutti gli stakeholders a diversi livelli sia rispetto alla scelta dell'area in cui farlo sorgere (Confreria) sia rispetto alle modalità di realizzazione e all'utilizzo degli spazi attualmente occupati dal Presidio S. Croce.

Gli elementi di contesto esterno verranno allegati a completamento del monitoraggio del PIAO 2022.

⁸² http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/6._Impegni_e_Programmi.pdf

⁸³ <http://95.110.213.190/prep2018/index.php>

5 LA REALIZZAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE e L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

Le fasi del processo previste nel Piano della Performance 2022 sono state rispettate nonostante il permanere dell'emergenza sanitaria connessa al Covid-19 per metà dell'anno e l'impegno prioritario nel pieno ripristino delle attività e il recupero delle prestazioni compromesse dalla gestione pandemica.

- Fase preparatoria

In data 4 febbraio 2022 è stato dato avvio al processo di budget per l'anno 2022, conformemente a quanto descritto nel Piano Performance 2022⁸⁴ e negli allegati pubblicati progressivamente, in tempo reale.

Ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori/Responsabili delle Strutture Amministrative, Tecniche e di Staff è stata inviata lettera protocollata in cui, invitandoli a condividere le proposte con i loro Direttori e Responsabili delle singole articolazioni organizzative, è stato allegato il documento "Aree tematiche di indirizzo strategico".

Tale documento contiene le linee di indirizzo in base al quale verrà sviluppato il budget 2022, in attesa di conoscere gli obiettivi che la Regione assegnerà ufficialmente ai Direttori ed agli sviluppi operativi del PIAO⁸⁵.

Le proposte progettuali possono fare riferimento ad ambiti anche diversi rispetto alle aree tematiche esplicitate ma comunque coerenti con gli indirizzi e la mission aziendale.

Le proposte di obiettivi relativi alle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali di propria pertinenza dovevano essere formulate attraverso la compilazione del Modulo informatizzato presente nel sito intranet tra il 17 febbraio e il 24 febbraio, termine ultimo di trasmissione al coordinatore del Comitato Budget aziendale.

È stata inoltre messa a disposizione la nuova Guida alla compilazione delle proposte di budget 2022. In tale documento veniva ricordato come la logica di presentazione degli obiettivi sia legata alla necessità di comprendere sia gli sforzi che ciascun Centro di Responsabilità intende compiere in merito alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse attualmente disponibili, sia l'effetto sui risultati gestionali conseguenti alla modificazione del quadro delle risorse.

Il modulo, dal 2022 compilabile in versione informatizzata per ottimizzare i lavori di raccolta ed analisi, conteneva campi guidati spiegati nella Guida. In seguito ad alcune difficoltà segnalate nella compilazione, soprattutto da parte delle strutture tecnico-amministrative, in data 22 febbraio sono stati implementati alcuni campi nella scheda Proposte Obiettivi Budget 2022 per l'inserimento a testo libero dello standard dell'obiettivo proposto e del periodo temporale per il raggiungimento. La modalità telematica è stata accolta favorevolmente dalla maggior parte dei compilatori.

In modo particolare viene ricordato come per ciascuna proposta di progetto/obiettivo sia necessario individuare almeno un indicatore rispetto al quale misurare il risultato finale.

La S.S. Controllo di Gestione è sempre a disposizione sia per chiarire le modalità di compilazione delle proposte per il primo anno in versione informatizzata accedendo dall'apposita icona presente nell'area intranet dedicata agli applicativi.

Nel corso del 2022, nell'ambito della ristrutturazione della intranet, la S.S. Controllo di Gestione ha previsto di implementare la propria cartella di rete individuando un'apposita sottosezione in cui inserire tutte le specifiche riferite al budget e gli stati di avanzamento degli obiettivi alla luce dei rapporti costi/produzione.

Nella seduta del 19 gennaio 2022 la Direzione ha illustrato al Collegio di Direzione i dati di attività che fungono da punto di partenza insieme alle linee di azione per il recupero delle liste di attesa che avrebbero guidato il Ciclo della Performance.

Sarà compito di ciascun Direttore di Dipartimento condividere con i propri Direttori e Responsabili e con i loro Coordinatori le proposte da fare e le risorse associate così come, una volta definite, le schede.

⁸⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-della-performance/>

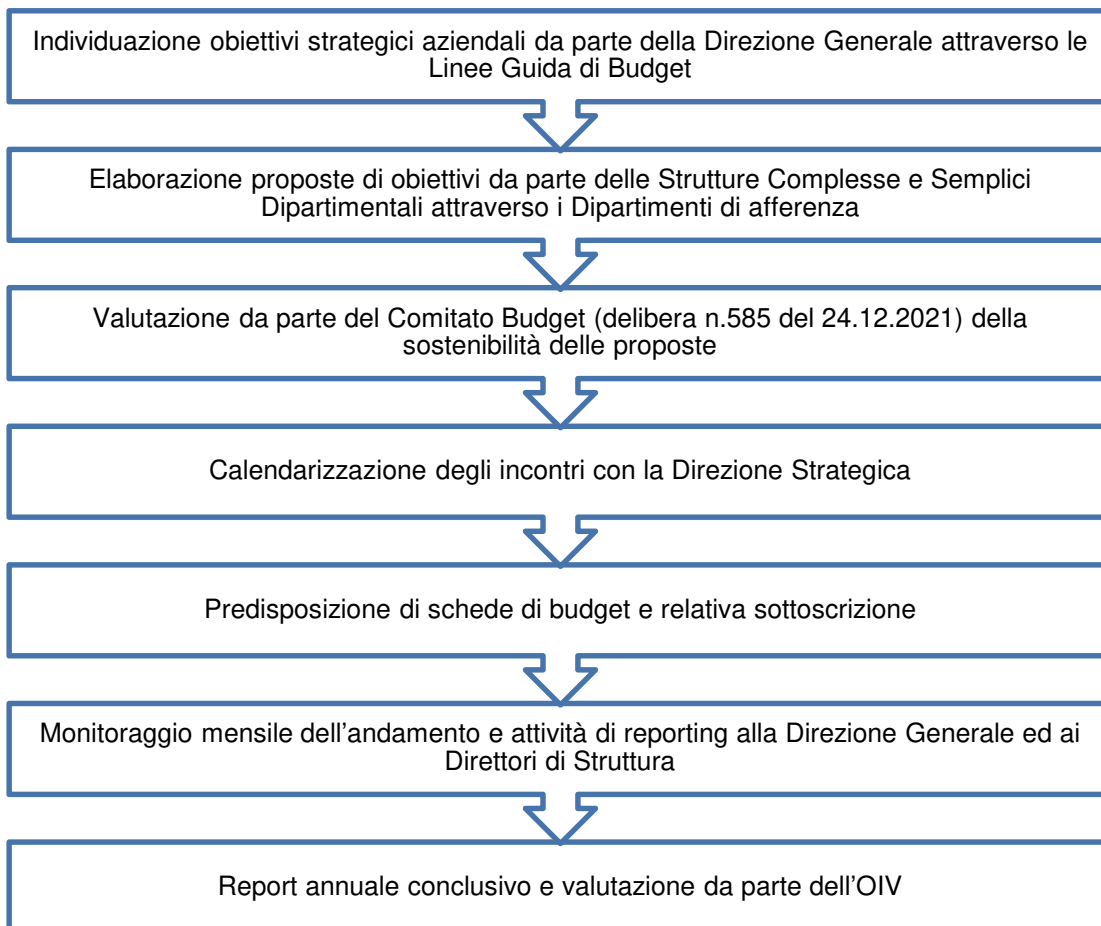
⁸⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/>

La pubblicazione sul portale aziendale di tutti gli elementi che sostanziano il Piano della Performance e delle schede di budget sull'area intranet a cura della Comunicazione garantiscono la massima diffusione degli stessi.

L'individuazione dei soggetti monitoranti assegnati a ciascun obiettivo e la trasmissione costante a cura della S.S. Controllo di Gestione dei dati necessari soprattutto alle strutture sanitarie per conoscere in tempo utile l'andamento dell'attività, garantisce la possibilità di raggiungere in maniera più soddisfacente gli obiettivi e di individuare precocemente le eventuali criticità su cui intervenire.

L'OIV ha condiviso pienamente questo modus operandi e con lo stesso è attivo un canale comunicativo costante animato dalla Segreteria Tecnica di Supporto afferente alla S.S. Controllo di Gestione.

Figura 86: Schema di realizzazione del processo di budget 2022



Per sostenere la nuova modalità informatizzata di raccolta delle proposte di budget la segreteria del CDG ha fornito tutte le informazioni necessarie telefonicamente e via mail man mano che, anche grazie alle segnalazioni degli utilizzatori, venivano modificate le operazioni digitali e implementato il funzionamento del format.

A partire dal 28 febbraio 2022 è stata attivata la funzione di esportazione in formato Excel delle Proposte di Budget di propria competenza, richiedendo ai Direttori di Dipartimento la necessità di assegnazione del grado di priorità (scala da 1 a 3 come numero) agli obiettivi relativi al proprio Dipartimento, operazione che doveva essere effettuata entro la giornata di martedì 1 marzo 2022, data in cui è stato trasmesso alle strutture interessate il calendario delle sedute di budget previste, in modalità webinar e coordinate dal Controllo di Gestione.

- **Fase di elaborazione**

Dal 2 al 4 marzo 2022 si è riunito il Comitato Budget per esaminare le risposte pervenute e si è riaggiornato quando necessario dopo le singole sedute di presentazione.

In data 2.03.2022 è stato convocato dalla Direzione il Collegio di Direzione con cui si sono condivise le linee strategiche.

Dal 7 marzo 2022 il Comitato budget ha avviato gli incontri che si sono svolti in parte in presenza negli spazi delle salette di Corso Brunet e in parte in collegamento con i DDD, DSC/RSS, i CDC ed i singoli coordinatori di struttura. Dopo un momento di spiegazione generale del funzionamento del processo di budget e delle Aree di indirizzo da parte del Direttore Generale e la presentazione dei dati di attività 2019-2021 sono state lette le proposte raccolte all'interno dei Dipartimenti e si è proceduto alla discussione ed alla raccolta dei commenti.

Se da un lato questa modalità è risultata maggiormente complessa da gestire per via dei molteplici impegni di ciascuno dei partecipanti, dall'altra ha reso esplicita una precisa volontà da parte della Direzione di utilizzare questi momenti per l'incontro ed il confronto con le singole realtà, considerando che l'avvio del Ciclo della Performance, al di là del rispetto dei dettati normativi, risulta essere veramente significativo per la pianificazione e l'orientamento delle attività aziendali.

La risposta dei partecipanti, in termini di collaborazione anche nelle variazioni intercorse, di partecipazione attiva, di propositività, di disponibilità al confronto, è stata decisamente buona ed, in modo particolare, apprezzato dai coordinatori di comparto.

Con delibera n. 123 del 15.03.2022 si è provveduto ad integrare formalmente nel Comitato Budget aziendale il Responsabile della SCI Acquisti di Beni e Servizi con il duplice significato non solo di confrontarsi in tempo reale sugli aspetti di pianificazione e gestione degli approvvigionamenti ma anche di ribadire le necessità di collaborazione fattiva da parte dei Direttori nelle fasi di definizione e valutazione dei requisiti e di controllo di esecuzione dei contratti.

A incontri terminati il Controllo di Gestione ha provveduto ad elaborare le schede in bozza da sottoporre all'OIV al fine di ottenere un parere soprattutto sulla corretta formulazione di indicatori e standard, così da procedere entro Pasqua alla stesura definitiva delle schede, come richiesto dal Direttore Generale (verbale n. 2).

Il Responsabile del Comitato Budget ha concluso l'incontro di fine marzo confermando la trasmissione via mail ai componenti dell'OIV delle bozze delle schede di budget per l'anno 2022 entro l'8 aprile p.v. al fine di consentirne una prima valutazione preparatoria per un confronto nella riunione successiva (verbale OIV n. 3 del 30 marzo 2022).

Nella seduta verbalizzata (n. 4) del 13 aprile 2022 il Responsabile del Controllo di Gestione ha proceduto con la presentazione di tutti gli obiettivi e sono stati modificati contestualmente indicatori e standard, concordando di provvedere ad ultima revisione delle schede che verranno inviate via mail ai componenti OIV, al fine di pervenire ad una versione definitiva che è stata analizzata dalla Direzione Generale il giorno 22 aprile 2022.

Nelle settimane centrali di maggio il Direttore Generale insieme al Responsabile del Controllo di Gestione che presiede il Comitato Budget ha consegnato, presso l'ufficio del S. Croce, le schede di budget al Direttore di Dipartimento affiancato dai suoi singoli Responsabili di Struttura, provvedendo alla raccolta di eventuali richieste di modifica o chiarimento ed addivenendo nella seduta stessa alla sottoscrizione delle schede.

- **Fase di definizione**

Le schede di budget sono state ultimate nel mese di giugno, come descritto nella prima stesura del PIAO 2022.

In ogni scheda sono presenti le diciture:

- agli obiettivi della scheda di budget, che discendono dalla strategia aziendale, potranno essere aggiunti eventuali obiettivi assegnati dall'Assessorato regionale;
- gli obiettivi potranno essere rimodulati in considerazione del quadro epidemiologico emergenza Covid.

Sono rimasti in sospeso quella della Neurologia in attesa della presa di servizio del Direttore di Struttura e della Chirurgia Day Surgery in conseguenza del trasferimento del Direttore di Struttura.

Per tale motivo si è soprasseduto alla pubblicazione di tutte le schede al momento del chiarimento riferito alle sopra citate strutture.

I relazionanti hanno comunque proceduto a contattare le realtà di cui sono affiancatori nel monitoraggio per consentire un efficiente accordo sulla documentazione da produrre.

Le schede sono state pubblicate sulla intranet e sul portale aziendale a inizio luglio 2022.

- Fase di attuazione

E' stato confermato il mandato ai Responsabili della S.S. Controllo di Gestione, S.C. Direzione Sanitaria di Presidio, S.S. Di.P.Sa, S.C. Farmacia Ospedaliera di adempiere alle incombenze logistiche ed organizzative per il coordinamento del Ciclo Performance ed il perseguimento degli obiettivi.

Il coordinamento di questi aspetti è stato svolto dalla S.S. Controllo di Gestione.

I Direttori di Struttura hanno perseguito gli obiettivi assegnati e, in relazione agli esiti del monitoraggio costante degli indicatori, nel caso di scostamenti significativi, sono stati invitati a mettere in atto le azioni correttive necessarie.

In corso d'opera sono stati modificati i seguenti obiettivi:

Obtv.1: variazione di standard in seguito ad esiti della verifica dei rapporti produzione/costi, condivisi in specifiche riunioni del 5 luglio coordinate dal Controllo di Gestione, comunicati agli assegnatari (21.09.2022 a Cardiochirurgia, Cardiologia, Chirurgia Maxillo Facciale, ORL; Endocrinologia, Geriatria, Medicina Interna, Medicina Nucleare, Pneumologia, 24.10 a DEAC e Immunoematologia e Trasfusionale) e all'OIV.

Obtv 18 per la Nefrologia: modifica dello standard per prestazioni classi B 10 giorni e classi D 30 giorni e volumi richiesti prime visite da 1969 a 893 in seguito ad errore di calcolo del primo standard.

Per l'obtv 123 assegnato alla SCI Legale in relazione all'effettuazione di un incontro con i Responsabili delle Strutture per l'illustrazione sulle modalità di formalizzazione delle richieste di attivazione di procedimenti disciplinari e redazione verbale, in seguito a revisione del Regolamento circa il funzionamento dell'UIPD, in data 18.10.2022 il DA ha chiesto il differimento dell'obtv dal 30.10.2022 al 15.12.2022 come da nota prot. n. 37437.

Sono stati annullati 4 obiettivi.

Figura n. 87: Obiettivi annullati in fase di monitoraggio finale:

Bilancio
e
Contabilit
à

N. pro gre ssiv o	Are a	Obiettivo	Indicatore	Standard	P e s o	% Raggiu ngimen to obiettiv o	Motivazione
102	Org aniz zazi one	Gestione budget e verifica di compatibilità di spesa	a) Imputazione a budget della spesa risultante dalle delibere/determine adottate dal 01/10/2022 rilasciando specifico atto di compatibilità di spesa firmato dal funzionario che procede al caricamento b) Caricamento a budget degli atti di spesa assunti ante 01/10/2022 con impatto economico dal 01/01/2023	a) 100% degli atti b) 100% degli atti	3 5 %	ANNUL LATO	Si prende visione della richiesta di annullamento dell'obiettivo da parte del Direttore Amministrativo.

L'OIV definisce condivisibili le giustificazioni presentate in particolare quelle riferite a:

- attività di nuovo inserimento tra le funzioni in capo alle Strutture Aziendali al fine di modificare in modo significativo la gestione a livello aziendale della liquidazione di tutte le fatture, con la conseguente necessità di acquisire gradualmente le competenze tecniche indispensabili per raggiungere la piena operatività con efficienza ed efficacia (curva di apprendimento);
- obiettivo attivato con decorrenza 01/10/2022 e quindi per un periodo che è risultato propedeutico a creare i presupposti per l'adempimento a pieno regime nell'anno 2023 della nuova modalità di gestione a livello aziendale della liquidazione di tutte le fatture;
- problemi informatici derivanti dal non corretto funzionamento del sistema NFS che hanno dilatato i tempi necessari per procedere alla liquidazione delle fatture di competenza;

- scostamenti considerabili non significativi, in quanto la maggior parte delle fatture è stata trasmessa comunque nel termine massimo previsto dalla normativa vigente per il pagamento degli Operatori Economici che forniscono assistenza sanitaria (rif.D. Lgs. n. 231/2002);
- necessità di rimodulare gli equilibri tra il nuovo adempimento e le altre funzioni delle Strutture, affinché tale nuova attività potesse essere coordinata - senza impatti negativi - con le altre competenze.

Acquisti
beni e
servizi

N. pro gre ssiv o	Are a	Obiettivo	Indicatore	Standard	P e s o	% Raggiu ngimen to obiettiv o	Motivazione
109	Org aniz zazi one	Gestione budget – passaggio S.C. Bilancio e Contabilità	a) Verifica del corretto caricamento della spesa programmata per gli atti amministrativi (delibere/determine) già adottati alla data del 30/09/2022 con impatto economico dal 1/10/2022 b) Trasmissione alla SC Bilancio e Contabilità degli atti amministrativi (delibere/determine) già adottati alla data del 30/09/2022 con impatto economico dal 01/01/2023	a) 100% b) 100%	25%	ANNUL LATO	Si prende visione della richiesta di annullamento dell'obiettivo da parte del Direttore Amministrativo.

Sistema Informativo
Direzionale

N. pro gre ssiv o	Are a	Obiettivo	Indicatore	Standard	P e s o	% Raggiu ngimen to obiettiv o	Motivazione
138	Eco no mic a	Realizzazione Unita' Studi Clinici (USC) di fase I	Collaborazione interprofessionale per la realizzazione della Unita' Studi Clinici (USC) di fase I	Supporto tecnico per quanto di competenza alla realizzazione del progetto finalizzato alla certificazione dell'Unità di Fase I- Presenza documentale al 15/12/2022	5%	ANNUL LATO	Visto il non necessario coinvolgimento della struttura SID l'OIV decide di annullare l'obiettivo per tale servizio.

In merito all'Obiettivo 138: Realizzazione Unita' Studi Clinici (USC) di fase I, analizzata la relazione prodotta dal Direttore della Farmacia Ospedaliera nella quale sono descritte le azioni di collaborazione messe in essere dalle strutture assegnatarie e la rendicontazione prodotta dalla Funzione Qualità Accreditamento relativamente all'avanzamento dei lavori utili alla certificazione dell'Unità Studi Clinici di Fase I attiva a partire dal mese di giugno 2022, l'OIV valuta l'obiettivo raggiunto al 100% per le strutture Tecnico, Farmacia Ospedaliera, Ingegneria Clinica. Visto il non necessario coinvolgimento della struttura SID l'OIV ha deciso di annullare l'obiettivo per tale servizio.

Dopo aver valutato le controdeduzioni espresse dal Direttore della SC Rianimazione nelle quali viene descritta l'impossibilità di raggiungimento a causa di difficoltà tecnico informatiche sopraggiunte non

dipendenti dalla Struttura, la Direzione Aziendale ha proposto l'annullamento dell'obiettivo per la SC Rianimazione 114; l'OIV ha concordato con la proposta e avallato l'annullamento dell'obiettivo.

Struttura	N. progressivo	Area	Obiettivo	Indicatore	Standard	Peso
Rianimazione	140	Organizzazione	Installazione della piattaforma integrata Digistat a supporto della cartella clinica nella SSD Rianimazione	Presenza della cartella informatizzata con la stessa configurazione attualmente presente nella Terapia Intensiva Cardiovascolare	A partire dal 15/12/2022	10%

- Fase di valutazione

La S.S. Controllo di Gestione ha provveduto alla raccolta delle informazioni e della documentazione necessaria alla verifica dei risultati ottenuti dalle diverse Strutture, curando i rapporti con l'OIV e fornendo il necessario supporto nell'attività amministrativa perché lo stesso potesse agevolmente giudicare il raggiungimento degli obiettivi delle singole Strutture, durante le sedute in plenaria.

Per la valutazione del raggiungimento obiettivi è stata utilizzata la stessa tabella dell'anno precedente, così come approvata nella seduta OIV del 15.11.2018.

Figura n. 88: Schema di valutazione obiettivi 2021

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%

Se la struttura ha:	% di raggiungimento dell'obiettivo	% di assegnazione dell'obiettivo	% di abbattimento dell'obiettivo
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%

In data 24.12.2021 è stata emessa la delibera n.585 costitutiva del Comitato Budget dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo, successivamente modificata con Delibera n. 123 del 15.03.2022.

Le attività svolte da tale organismo sono principalmente:

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

La composizione è del Comitato risulta la seguente:

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

La Segreteria di supporto al citato Comitato è stata individuata nella S.S. Controllo di Gestione, il cui Responsabile è anche il Coordinatore del Comitato Budget.

L'OIV nel 2022 si è riunito in presenza o in modalità mista per esaminare gli obiettivi 2021 ed esprimere le dovute valutazioni in data 23 febbraio, 15 marzo, 30 marzo; il 13 aprile sono state esaminate le controdeduzioni con successiva chiusura delle valutazioni.

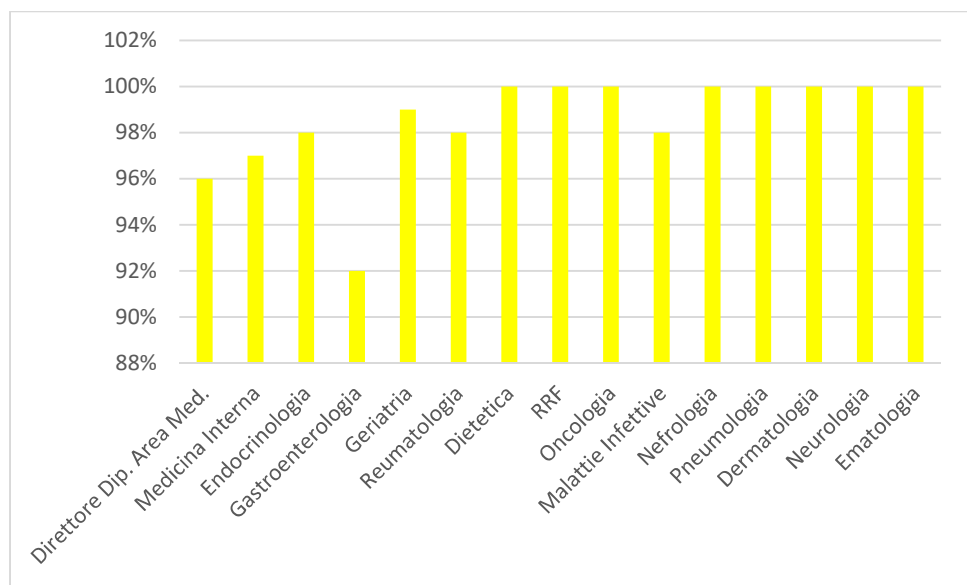
Per valutare gli obiettivi assegnati nel 2022 l'OIV si è riunito in presenza in data 9 marzo, 5 aprile, 19 aprile e on line il 27 aprile per ratificare i risultati prima dell'uscita della Direzione che li aveva assegnati.

Dopo l'ultima seduta di prima valutazione del 19 aprile sono stati inviati i risultati a tutte le strutture così che possano essere presentate controdeduzioni scritte entro il 26 mattina.

Nel verbale n. 4 del 27.04.2023 sono raccolte le controdeduzioni presentate dalle strutture a cui erano stati chiesti chiarimenti o precisazioni in merito ad alcuni obiettivi.

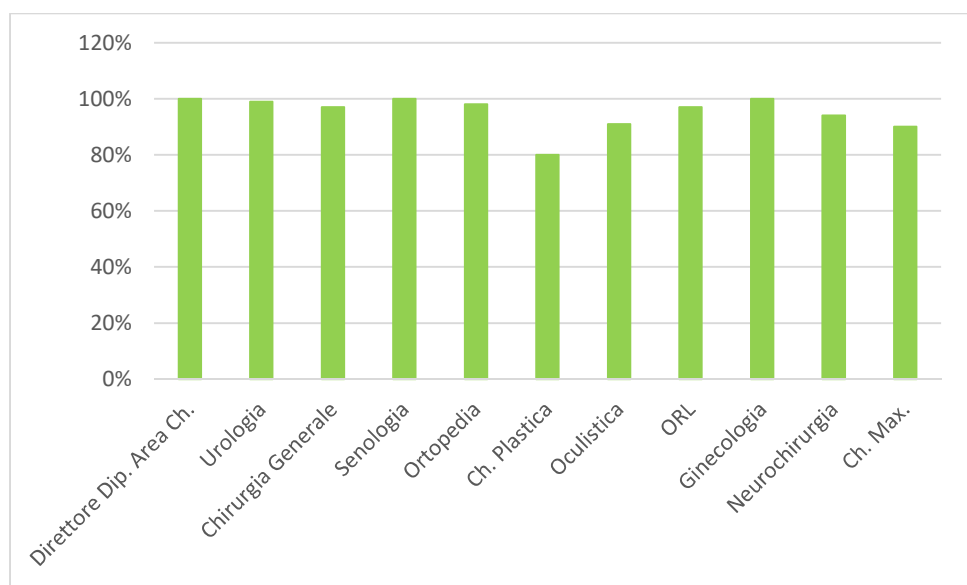
La comunicazione dell'esito della Valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget viene resa tramite Delibera⁸⁶.

Figura n. 89: Raggiungimento obiettivi Dipartimento Medico 2022



Il Dipartimento Medico, a cui erano stati assegnati 37 obiettivi, per un 78,30% li ha raggiunti al 100%. La restante parte degli obiettivi non a raggiungimento pieno hanno scostamenti contenuti per quanto non siano state risolte le criticità rispetto ai tempi di attesa delle visite ambulatoriali gastroenterologiche e il contenimento della spesa farmaceutica per la Geriatria.

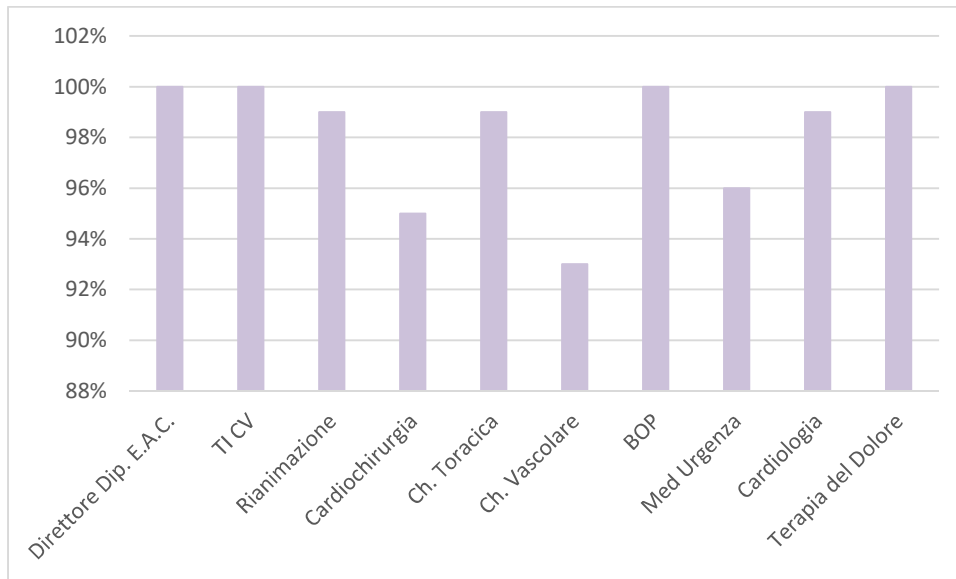
Figura n. 90: Raggiungimento obiettivi Dipartimento Chirurgico 2022



Il Dipartimento Chirurgico, a cui erano stati assegnati 30 obiettivi, per un 73,30% li ha raggiunti al 100%. Non sono state risolte le criticità rispetto ai tempi di attesa delle visite ambulatoriali dell'area Maxillo Facciale, al Percorso ambulatoriale di somministrazione delle terapie per la DMLE e la DME oftalmiche prescritte rispetto a quanto indicato nelle LG aziendali e alla partecipazione ai GIC da parte della Chirurgia Plastica.

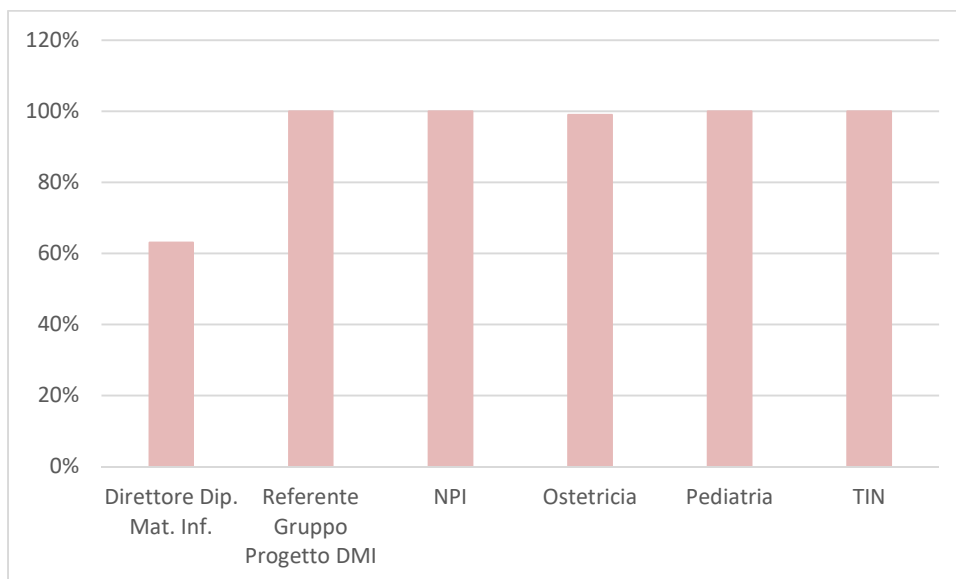
⁸⁶ Delibera n. 219 del 28.04.2023

Figura n. 91: Raggiungimento obiettivi Dipartimento DEAC 2022



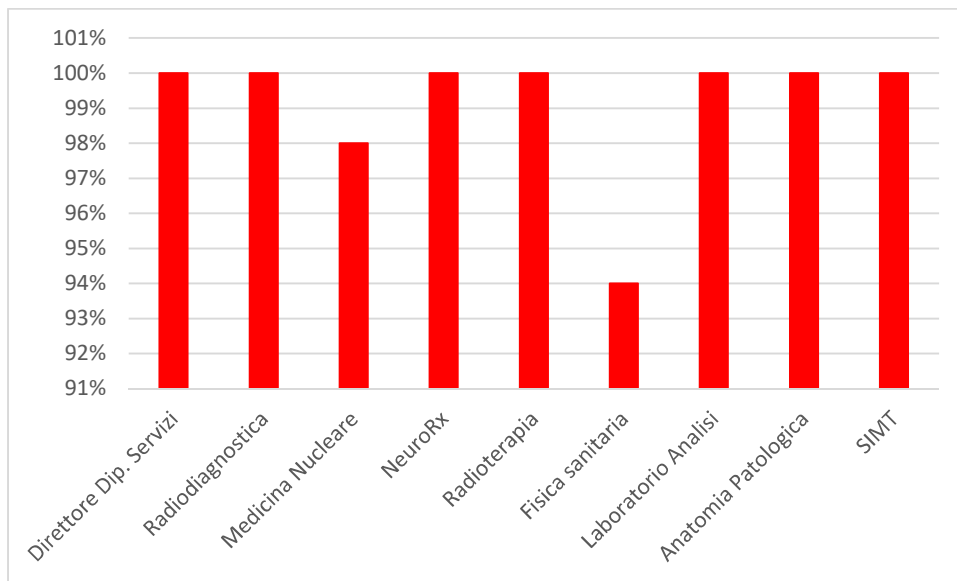
Il Dipartimento Emergenza e Aree Critiche, a cui erano stati assegnati 30 obiettivi, per un 80% li ha raggiunti al 100%. Non sono state risolte le criticità rispetto ai tempi di attesa delle visite ambulatoriali cardiovascolari e nell'incremento delle attività di sala operatoria programmate, nell'attivazione dell'Ambulatorio di follow up di Medicina d'urgenza in doppia modalità - in presenza - telematica per i pazienti dimessi dal Pronto Soccorso o dall'osservazione Breve Intensiva o dal reparto.

Figura n. 92: Raggiungimento obiettivi Dipartimento Materno Infantile 2022



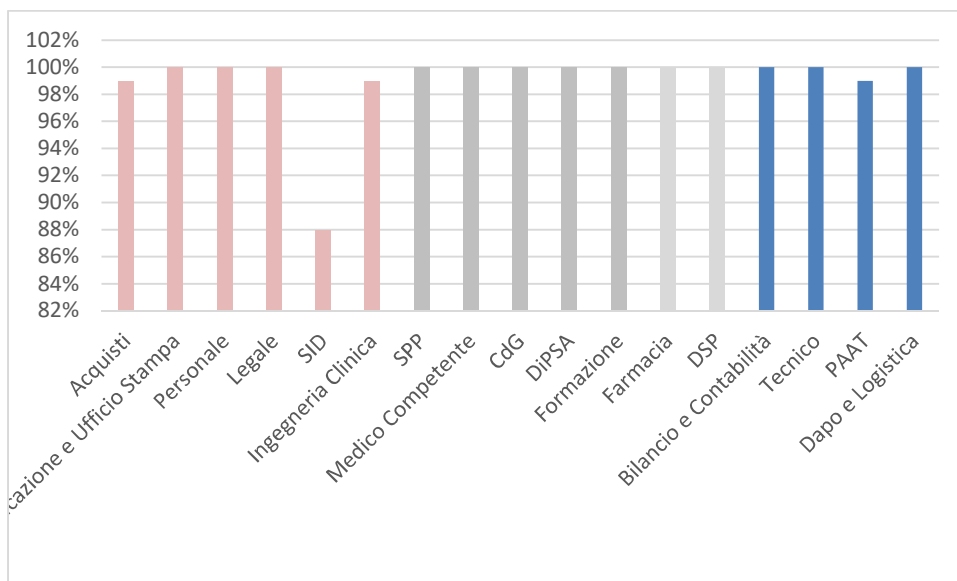
Il Dipartimento Materno Infantile Interaziendale, a cui erano stati assegnati 13 obiettivi, per un 77 % li ha raggiunti al 100%. Non è stato avviato il percorso ospedale-territorio per i ricoveri di bambini e adolescenti con scompenso psichico acuto e per l'attivazione di ambulatorio multidisciplinare inerente il trattamento delle problematiche del perineo.

Figura n. 93: Raggiungimento obiettivi Dipartimento dei Servizi 2022



Il Dipartimento dei Servizi Interaziendale, a cui erano stati assegnati 27 obiettivi, per un 88,88% li ha raggiunti al 100%. Non è stata completata la formazione obbligatoria in tema di radioprotezione e radiazioni ionizzanti da parte della Fisica Sanitaria e non è stato raggiunto lo standard per le densitometrie e la produzione di unità di plasma per l'industria.

Figura n. 94: Raggiungimento obiettivi Strutture staff-tecnico-amministrative 2022



L'86,87% degli obiettivi assegnati alle strutture di staff e tecnico-amministrative è stato raggiunto al 100%.

La realizzazione di quanto sintetizzato nell'Albero della Performance è avvenuta regolarmente nel 2022, come attestato dall'OIV, secondo le specificità precedentemente descritte.

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

L'Azienda si avvale da tempo di cruscotti direzionali, aggiornati mensilmente, specifici per i diversi livelli di responsabilità aziendale che dal 2022 sono stati progressivamente aiutati a consultarli direttamente dall'area aziendale senza ricevere trasmissioni di dati via mail.

Sono da sempre presenti 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, nonché nel monitoraggio dell'avanzamento previsto per gli obiettivi.

Complessivamente, su 146 obiettivi assegnati definitivamente meno uno annullato in corso d'opera, 28 sono stati quelli non raggiunti pienamente, attestando la performance complessiva dell'annualità di budget all'80,68% del raggiungimento totale.

Tutti gli obiettivi connessi al PNE sono pienamente raggiunti, così come la quasi totalità di quelli assegnati ad una sola struttura, mentre in alcuni casi sulle macrocategorie ha pesato la difficoltà di una singola struttura.

In tutte le situazioni sono stati valutati interventi correttivi da realizzarsi nell'anno successivo.

5.1 Obiettivi strategici

Al momento della stesura del presente documento non è ancora stata effettuata la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale da parte della Regione.

In data 14 aprile la Conferenza dei Sindaci si è positivamente espressa in merito alla presentazione dell'autovalutazione degli obiettivi 2022.

Con lettera del 24.02.2022 è stata trasmessa all'Assessorato alla Sanità regionale la relazione circa l'autovalutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale per il 2022 con DGR 23-5653 del 19.09.2022 Allegato A Obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali per il riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'annualità 2022.

Ai fini del riconoscimento, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016 e s.m.i., della quota integrativa al trattamento economico ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali, l'allegato definisce gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi a valere per l'annualità 2022, corredati dei necessari criteri di valutazione (in termini di punteggio per singolo obiettivo, dei relativi indicatori, del valore obiettivo, di definizione della scala di valutazione, del *tracking* e dell'eventuale fonte dati).

1. Gestione piani di sviluppo e consolidamento

Obiettivo 1.1 – Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva e PS) – PNRR – M6C2

L'iter della progettazione dei lavori di adeguamento del Pronto Soccorso – inizialmente - è stato interrotto a causa della indeterminatezza di alcune scelte tecniche legate alla difficoltà di eseguire sopralluoghi all'interno del Pronto Soccorso per segregazione di aree destinate a pazienti Covid positivi, nonché alla presenza della tensostruttura dell'Esercito allestita per emergenza Covid in adiacenza al Pronto Soccorso, sull'area interessata dalla realizzazione del percorso esterno. In particolare tale struttura ha impedito il rilievo di alcuni dati propedeutici alla progettazione successivamente avviata a giugno 2021.

Sub-obiettivo 1.1.1 – completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia intensiva

Sulla base del progetto approvato, in data 13.05.2021 è stato stipulato il contratto con la ditta incaricata dell'esecuzione dei lavori di realizzazione della Terapia Intensiva nel piano primo blocco C dell'ospedale S. Croce.

I lavori sono iniziati il 17.05.2021 con sottoscrizione del relativo verbale.

Nel corso dei lavori è emersa la necessità di:

- eseguire alcune variazioni e integrazioni mirate ad un adeguamento delle previsioni progettuali alle realtà dei luoghi e a necessità espresse dalla stazione appaltante che hanno reso necessarie alcune modifiche al progetto delle opere appaltate, secondo una perizia suppletiva e di variante approvata;

- provvedere alla revisione dei prezzi dei materiali da costruzione contabilizzati nel corso del 2021 ed alla compensazione delle opere contabilizzate nel corso del 2022 in ottemperanza all'art. 26 del D.L. n.50/2022 convertito con Legge n. 91/2022.

I lavori oggetto dell'appalto sono stati ultimati il 10.02.2022 come documentato nel "Certificato di sostanziale ultimazione lavori" del Direttore Lavori.

In data 08.04.2022, a seguito della verifica di riscontro del completamento delle opere in contraddittorio con l'esecutore, il Direttore Lavori ha formalizzato la consegna anticipata delle opere alla Committenza mediante la sottoscrizione del relativo verbale di accertamento.

Con determinazione n.1717 del 20.12.2022 il Responsabile sostituto della S.C. Tecnico ha approvato gli atti di contabilità finale e la relazione sul conto finale del Direttore Lavori per la realizzazione della Terapia Intensiva nel blocco C ed il relativo quadro economico comprendente i maggiori oneri legati alla revisione e compensazione dei prezzi.

Pertanto al 31.12.2022 i lavori di ristrutturazione e l'installazione delle relative apparecchiature al piano primo del blocco C sono terminati coerentemente al progetto e alle perizie approvate, senza modifica ai 15 posti letto di Terapia intensiva previsti.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 1.1.2 - Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia semi-intensiva

L'area ospedaliera interessata dai lavori di realizzazione della Terapia Semintensiva è stata occupata fino al 21 giugno 2021 dalla degenza di Cardiologia e UTIC, che non era possibile trasferire nel reparto appositamente ristrutturato per tale uso perché lo stesso era temporaneamente destinato ad ospitare una degenza alta/media intensità per pazienti Covid positivi. Solamente a seguito del ridursi delle esigenze connesse all'emergenza della specifica fase pandemica è stato possibile trasferire la Cardiologia e UTIC e dare inizio ai lavori, come puntualmente comunicato ai competenti uffici regionali ed alla Struttura Commissariale con i report mensili di monitoraggio.

I lavori sono iniziati in data 29.06.2021 come risulta dal relativo verbale di consegna in via d'urgenza.

In corso d'opera è emersa la necessità di:

- eseguire alcune variazioni e integrazioni mirate ad un adeguamento delle previsioni progettuali alle realtà dei luoghi e a quanto espresso dalla stazione appaltante che hanno reso necessarie alcune modifiche al progetto delle opere appaltate, secondo due perizie suppletive e di varianti approvate;
- provvedere alla compensazione delle opere contabilizzate nel corso del 2022 in ottemperanza all'art. 26 del D.L. n.50/2022 convertito con Legge n. 91/2022.

Con verbale di constatazione del 13.07.2022 si è verificata la sostanziale conclusione dei lavori, rilevando le lavorazioni di dettaglio ancora da completare o riscontrare.

In data 22.09.2022, a seguito della verifica di riscontro del completamento delle opere in contraddittorio con l'esecutore, il Direttore dei lavori ha formalizzato la consegna anticipata delle opere alla Committenza mediante la sottoscrizione del relativo verbale di accertamento.

Con determinazione n.1737-2022 del 20.12.2022 il Responsabile sostituto della S.C. Tecnico ha approvato gli atti di contabilità finale e la relazione sul conto finale del Direttore dei lavori di realizzazione della Terapia semintensiva nel secondo piano del blocco D ed il relativo quadro economico comprendente i maggiori oneri legati alla revisione e compensazione dei prezzi.

Pertanto al 31.12.2022 i lavori di ristrutturazione e l'installazione delle apparecchiature al piano secondo del blocco D sono terminati coerentemente al progetto e alle perizie approvate, senza modifica ai 18 posti letto di Terapia Semintensiva previsti nel Piano per questa Azienda.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 1.1.3 - Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per l'adeguamento dei PS

Sulla base del progetto approvato, in data 21.12.2021 è stato stipulato con la ditta esecutrice il contratto dei lavori di adeguamento del Pronto Soccorso.

Il verbale di inizio dei lavori è stato sottoscritto in data 22.12.2021.

Nel corso dei lavori è emersa:

- la necessità di contemplare la compensazione delle opere contabilizzate nel corso del 2022 in ottemperanza all'art. 26 del D.L. n.50/2022 convertito con Legge n. 91/2022;
- la criticità segnalata dall'Esecutore in merito all'approvvigionamento di alcuni materiali;

- l'esigenza di eseguire alcune variazioni e integrazioni mirate ad un adeguamento delle previsioni progettuali alle realtà dei luoghi e a necessità espresse dalla stazione appaltante che hanno reso necessario evitare l'esecuzione di alcune opere interne al Pronto Soccorso che avrebbe comportato un'importante interferenza nello svolgimento dell'attività sanitaria in corso di esercizio in periodo autunnale/invernale, con conseguente criticità nell'organizzazione dell'attività sanitaria ivi prevista. E' stata pertanto approvata una perizia di variante con stralcio di alcune opere interne interferenti ma mantenendo la coerenza al progetto e la funzionalità dell'opera finalizzata alla realizzazione del percorso separato per i pazienti destinati ad isolamento respiratorio, secondo una perizia suppletiva e di variante approvata, con relative economie sul quadro economico.

Malgrado la difficoltà di approvvigionamento dei materiali lamentato dall'impresa e la necessità di applicazione della compensazione dei prezzi contabilizzati nel 2022, l'installazione delle apparecchiature e i lavori di riqualificazione previsti sono in corso di svolgimento e in via di completamento per le attività di verifica, collaudo e consegna delle aree d'intervento all'Azienda da parte del Direttore lavori.

Pertanto i lavori di adeguamento del Pronto Soccorso con l'installazione delle relative apparecchiature al piano seminterrato dell'Ospedale S. Croce sono in fase di completamento coerentemente al progetto e perizia approvate ed allo stato attuale sono comunque utilizzabili senza limitazioni.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 1.1.4 - Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; Pronto Soccorso

Con determinazione n.1717 del 20.12.2022 il Responsabile sostituto della S.C. Tecnico ha approvato gli atti di contabilità finale e la relazione sul conto finale del Direttore Lavori di realizzazione della Terapia Intensiva nel blocco C ed il relativo quadro economico comprendente i maggiori oneri legati alla revisione e compensazione dei prezzi.

Con determinazione n.1737 del 20.12.2022 il Responsabile sostituto della S.C. Tecnico ha approvato gli atti di contabilità finale e la relazione sul conto finale del Direttore Lavori di realizzazione della Terapia semintensiva nel secondo piano del blocco D ed il relativo quadro economico comprendente i maggiori oneri legati alla revisione e compensazione dei prezzi.

Con determinazione n. 1779 del 28.12.2022 il Responsabile sostituto della S.C. Tecnico ha:

- approvato la perizia di variante n. 1 dei lavori di "Adeguamento del Pronto Soccorso", per un importo complessivo di lavori pari ad € 150.105,97 elaborata da parte della Direzione Lavori per determinare le opere da completare al netto di quelle da non eseguire all'intero del Pronto Soccorso;
- approvato il conseguente quadro economico dei lavori con un importo complessivo di € 297.325,87, spese tecniche, oneri di compensazione dei prezzi 2022 ed IVA inclusi, comprendente anche gli imprevisti ed arrotondamenti;
- evidenziato una economia di spesa pari a complessivi € 145.000,00 che può essere messa a disposizione per i maggiori costi per l'intervento svolto nel corso del 2022 relativo alla "Realizzazione della terapia intensiva e semi-intensiva" e rientrante nel Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 assegnato a questa Azienda Ospedaliera, derivati dalla revisione dei prezzi conseguente all'attuazione dell'art. 26 D.L. n. 50/2022.

Con la Deliberazione n. 685 il Direttore Generale ha preso atto dei quadri economici assestati per gli interventi di "Realizzazione Terapia intensiva e semintensiva" e "Adeguamento pronto soccorso" assegnati con DL 34/20 a questa Azienda e, nelle more del completamento e del collaudo del secondo, ha previsto la rimodulazione degli stanziamenti tra i suddetti interventi come di seguito indicato, in modo da rendere disponibili le economie del secondo intervento (pari a € 145.000) per le necessità del primo (aumentate in conseguenza dell'applicazione delle compensazioni dei prezzi ex art. 26 del D.L. 20/2022) per l'intervento di "Realizzazione della Terapia Intensiva e Semi-intensiva", e quello di "Adeguamento del Pronto Soccorso",

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 1.3 – PNRR - M6C2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Si attestano la conclusione degli interventi di interoperabilità con il FSE e la corrispondenza alle linee guida per le policy per indicizzazione metadati sul FSE pubblicate il 2 febbraio 2022. L'infrastruttura software del Repository Aziendale è rispondente come da richieste. Poiché non ancora tutte le tipologie di documenti che lo alimentano utilizzano in maniera completa le funzionalità disponibili, sono in corso le attività tecniche per l'aggiornamento degli applicativi verticali produttori di documenti in modo da allinearli con le specifiche richieste.

L'obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 1.3.1 – Distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP e tutti i restanti referti ambulatoriali)

Nella tabella seguente è riportato il numero complessivo dei dirigenti medico e biologo dotati di firma digitale nelle scadenze previste.

Data riferimento	Numero di operatori presenti in Azienda	Numero di operatori dotati di firma digitale
31/08/2022	463	79
31/12/2022	458	79
31/01/2023	467	435

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 1.3.2 – Assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente

Sono state condotte verifiche tecniche per ri-trasmettere entro il 15 febbraio 2023 gli eventuali documenti che non risultavano indicizzati correttamente, consultando il sistema PADDI e il CSI.

Con riferimento alle attività necessarie per l'alimentazione con i referti delle prestazioni ambulatoriali, è stata ordinata e rilasciata da parte del fornitore la nuova versione del principale applicativo di refertazione ambulatoriale utilizzato in Azienda, che prevede la firma digitale dei referti.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 1.3.3 – Interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2

Per quanto riguarda i referti di Radiologia e Medicina Nucleare si attesta l'avvenuta rispondenza ai requisiti richiesti entro il 31.12.2022.

Per i restanti interventi di adeguamento sono state avviate le interlocuzioni con il fornitore degli applicativi principali che producono referti di vario tipo in Azienda (LDO – VPS – Referti ambulatoriali) al fine di ottenere la realizzazione degli stessi entro il primo semestre 2023.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

2. Qualità

Obiettivo 2.1 – Area Osteomuscolare

La proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore, con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni, calcolata secondo i protocolli di estrazione di calcolo per gli indicatori di esito (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS $\leq$ 48 ore), per l'anno 2022 è stata pari al 80.75% nel rispetto dello standard richiesto ($\geq$ 70%). Tale risultato, in notevole miglioramento rispetto al dato dell'anno precedente (57,98%), è stato ottenuto, contestualmente all'incremento di attività programmata di sala operatoria finalizzato alla riduzione delle liste di attesa, attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi prestazionali a tutte le Strutture coinvolte nel percorso di presa in carico dei pazienti a partire dall'accesso in Pronto Soccorso.

L'obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 2.2 – Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi IMA STEMI

La proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni, per l'anno 2022, calcolata secondo i protocolli di estrazione di calcolo per gli indicatori di esito, è risultata pari a 96,39% (160 casi su 166 totali), superiore rispetto allo standard richiesto ($\geq 85\%$).
L'obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 2.3 – Appropriatezza nell'assistenza al parto

Per l'anno 2022 il numero di tagli cesarei primari per 100 parti, calcolato secondo i protocolli di estrazione di calcolo per gli indicatori di esito, è stato pari al 18,06% rispettando lo standard richiesto ($\leq 20\%$).

Si precisa inoltre che, per quanto riguarda i criteri di accesso al punteggio dell'obiettivo, la coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP risulta pari al 100%.

L'obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 2.4 – Donazioni d'organo

Sub-obiettivo 2.4.1 Segnalazioni di soggetti in morte encefalica (BDI %)

Indicatore: N° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione/n° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica.

Atteso nel 2022: $>40\%$

Osservato: 62%

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 2.4.2 Non opposizioni alla donazione di organi

Indicatore: N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione/n° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione.

Atteso nel 2022: $\leq 33\%$

Osservato: 7 opposizioni/25 segnalazioni = 28%

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 2.4.3 Donatori di cornee

N° donatori di cornee pari al 75% di quelli richiesti nel 2019

Atteso nel 2022: 31 donatori di cornee

Osservato: 48 donatori di cornee

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 2.5 – Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding

Sub-obiettivo 2.5.1 Attivazione dei percorsi di fast-track

Si è provveduto all'implementazione del percorso di fast-track Radiologico-Ortopedico per i traumi minori (elaborazione del percorso nel 2022, attivazione entro 31.01.2023. Procedura Specifica "Gestione dei pazienti con problemi ortopedici alle estremità degli arti che accedono al Pronto Soccorso" rev.00 del 16 novembre 2022).

Alla luce dei dati raccolti trimestralmente circa l'attuazione dei percorsi aziendali previsti il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 2.5.2 Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding

In considerazione della DGR n. 7-3088 del 16 aprile 2021, "Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo. Revoca DD.G.R. n. 43-15182 del 23 marzo 2005 e n. 15-12160 del 21 settembre 2009" si è proceduto all'individuazione del tempo di boarding calcolando la differenza fra l'indicazione al ricovero, individuata nel momento in cui viene attribuita una diagnosi al

paziente da parte del medico d'urgenza, e il momento di assegnazione del paziente alla sede e specialità clinica di ricovero.

La tabella fornita illustra, per il periodo oggetto di monitoraggio dell'obiettivo, il numero e la percentuale di pazienti per i quali il tempo intercorso fra diagnosi e assegnazione del ricovero sia diverso da 0,00. Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 2.5.3 Piano di Gestione del Sovraffollamento- PGS (Allegato D alla DGR n.7-3088/2021)

E' stata trasmessa con nota n. 0034566 del 28.09.2022, la Deliberazione n. 463 del 27.09.2022 "Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento in Pronto Soccorso", con la quale è stata approvata la revisione n. 3 del suddetto Piano.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 2.5.4 Monitoraggio per la riduzione del boarding
--

Si è provveduto alla rilevazione giornaliera del boarding, alla registrazione del dato su specifica piattaforma regionale e all'organizzazione di audit aziendali mensili in riferimento agli aspetti clinico assistenziali ed organizzativi con valutazione di specifici indicatori di qualità del servizio, appropriatezza organizzativa, appropriatezza clinica del triage e della presa in carico.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 2.5.5 Tempo medio di permanenza in PS

Il tempo medio globale di permanenza dei pazienti in PS nel 2022 è stato pari a 4 ore e 14 minuti, rispettando quindi lo standard richiesto per un DEA di II livello (≤ 6 ore). Si precisa inoltre che, essendo la percentuale annuale di pazienti OBI sul totale degli accessi in DEA pari a 8,83%, scorporando dal totale il tempo di OBI, il tempo medio di permanenza in PS risulta essere 3 ore e 3 minuti.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 2.6 – Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG)

Sub-obiettivo 2.6.2 – Definizione degli interventi di breve, medio, lungo periodo da avviare/avviati per monitorare e migliorare la performance aziendale relativa agli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia

Sono state trasmesse, relativamente agli indicatori di competenza aziendale, le attività di monitoraggio ed il piano di interventi a breve, medio e lungo periodo da attivare per migliorare la performance aziendale.

- Indicatore D27C Percentuale di ricoveri ripetuti in Psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.

Il fenomeno revolving-doors (riammissioni tra gli 8 e i 30 giorni) è stato nel tempo monitorato al fine di contenerlo.

L'elaborazione dell'indicatore, secondo quanto definito dalle schede tecniche degli indicatori NSG da parte del Ministero della Salute, evidenzia percentuali variabili dal 7.4% del 2019, al 6.5% del 2020, al 7.9% del 2021. Nell'anno 2022 emerge una riduzione della percentuale dei ricoveri ripetuti che si assesta al 5.25% (22 ricoveri ripetuti su 419 casi psichiatrici dimessi dalla Psichiatria).

Nonostante si sia registrato un aumento dei ricoveri nell'ambito della Salute Mentale riguardanti le anomalie comportamentali, (disturbi comportamentali in pazienti tossicodipendenti/alcolisti, neurologici, geriatrici, disabili mentali), l'implementazione a breve/medio/lungo termine dei percorsi di cura per pazienti con problematiche di tossicomania ha determinato una riduzione del fenomeno revolving-doors.

Tale attività è stata condotta in accordo con il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche e con le Strutture RSA e RAF relativamente a pazienti neurologico/geriatrici e con handicap psichico.

Per quanto concerne le problematiche sociali sono attivi percorsi condivisi con gli Enti Gestori di servizi socio-assistenziali del territorio di competenza dell'ASL CN1.

- Indicatore H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.

Dall'analisi dei dati si evince che il volume di attività erogato dalla Struttura Semplice Dipartimentale Senologia Chirurgica nel 2022 (217 interventi) risulta superiore rispetto allo standard richiesto di 135 interventi annui.

L'elaborazione dell'indicatore, secondo quanto definito dalle schede tecniche NSG da parte del Ministero della Salute, evidenzia percentuali variabili dal 98.2% del 2019, al 100% del 2020, al 99.1% del 2021. Nel 2022 si registra una percentuale del 97.2%.

A seguito di audit interno è emerso che i sei casi ricoverati al di fuori della S.S.D. Senologia Chirurgica si riferiscono a pazienti con patologie neoplastiche anche di altri organi.

La quasi totalità degli interventi viene eseguita in un centro multidisciplinare dedicato alla patologia della mammella a garanzia dell'efficacia e sicurezza dell'intervento, del rapporto costo-beneficio e del mantenimento della competenza del team. Dal 2019 è attivo il monitoraggio mensile della performance aziendale al fine di rendere possibili ulteriori interventi di miglioramento.

- Indicatore P15C Percentuale di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato mammella, cervice uterina e colon-retto.

Relativamente all'indicatore P15C si rimanda a quanto descritto riguardo al sub-obiettivo 4.2.1.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

3. Farmaci e Dispositivi Medici

Obiettivo 3.1 – Affidabilità dati rilevati dai flussi informativi della farmaceutica
--

Sub-obiettivo 3.1.1 – Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come di seguito formulato:
--

costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici
--

costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito
--

Il rapporto tra i costi aziendali rilevati dal modello di conto economico e le variazioni di rimanenze dei prodotti farmaceutici rispetto ai costi aziendali rilevati attraverso i flussi (DD+CO) e delle note di credito risulta pari a 0,99%.

In definitiva il rapporto come di seguito riportato

€ 35.344.925:100 = € 35.302.115:X

X= 99,88%

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 3.1.2 – Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato:

costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri
--

costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri
--

Non essendo disponibile al 20.02.2023 sul cruscotto PADDI il rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica e gli analoghi costi mensili consolidati, relativamente alla distribuzione diretta si evidenziano due scostamenti pari a + 1% su due mesi (marzo e luglio) e, per il consumo ospedaliero, un solo scostamento dell'1% nel mese di aprile.
Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 3.1.3 – Trasmissione da parte delle AA.SS.RR., dello strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti, entro i termini stabiliti, stante la rilevanza delle informazioni fornite attraverso l'indagine suddetta.

L'Azienda ha proceduto entro i tempi richiesti (10.08.2022) all'invio dei questionari compilati secondo la Nota Regionale Prot. 2557 del 25.07.2022.
Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 3.2 – Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva
Mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel triennio 2019-2020-2021 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari. Nel caso l'importo cumulato relativo al 2021 sia inferiore al dato medio del triennio occorre mantenere il dato del 2021.

Considerato che la spesa media del triennio 2019-2022 risulta essere pari 11.072.411€ e la spesa relativa al periodo gennaio-novembre 2022 (Fonte dati PADDI) risulta essere pari a 10.741.721€ si rileva un aumento pari al +6%, calcolato rispetto alla proiezione a 12 mesi del valore rilevato a novembre 2022.

Si segnala, ad integrazione di quanto sopra, che il valore medio regionale calcolato come proiezione del dato aggiornato al periodo gennaio-novembre 2022, è pari al +18%.

Si è proceduto, a partire da settembre 2022, ad attuare il monitoraggio per il 100% delle prescrizioni ad alto costo in ambito reumatologico, dermatologico e gastroenterologico con elaborazione ed invio al Servizio Farmaceutico dell'ASL CN1 delle relazioni relative a nuovi trattamenti farmacologici ad alto costo prescritti. Dai risultati si osserva che il monitoraggio dell'iter prescrittivo, in funzione degli indirizzi forniti dalle principali linee guida di riferimento, consente di orientare la scelta verso le molecole biologiche a brevetto scaduto con conseguente riduzione dei costi.

Da settembre 2022, a seguito della nomina del nuovo Direttore della S.C. Neurologia, è aumentata l'attrattività aziendale relativamente ai pazienti affetti da Sclerosi Multipla presi in carico, da cui ne è conseguita una revisione dei trattamenti farmacologici dei pazienti già in cura con un sostanziale mantenimento dei costi per i medicinali con ATC L04AA.

L'obiettivo si considera PARZIALMENTE RAGGIUNTO.

Obiettivo 3.3 – Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici

Sub-obiettivo 3.3.1 – Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2.

Sommatoria dei costi dei Dispositivi medici rilevati nel flusso DMRP-Consumi 2022, esclusi quelli rilevati per le CND W e Z – a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216

Somma dei costi rilevati da Modello di Conto Economico 2022 alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2

Il rapporto tra i dati di consumo aziendale dei Dispositivi Medici ed i costi rilevati dal modello di conto economico, da fonte PADDI aggiornata al terzo trimestre 2022, risulta pari al 89,7%, quindi coerente con il margine di tolleranza del 90%.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 3.3.2 – Rapporto tra il numero di record validi con “Forma di negoziazione” compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP- Contratti (sia a numeratore che a denominatore record validi con medesima chiave univoca di identificazione, pur eventualmente oggetto di invii plurimi in inserimento e/o sostituzione, sono conteggiati una sola volta; esclusi dal conteggio i record oggetto di cancellazione)

$$\frac{100 \times \text{Numero record validi con "Forma di negoziazione" compilata}}{\text{Numero di record validi}}$$

Relativamente alla compilazione del campo “Forma di negoziazione” del tracciato Contratti (DVH DMRP-Contratti), inviato al Flusso regionale DMRP al III trimestre 2022, la percentuale è risultata pari a 99,5% quindi coerente con lo standard richiesto del 95%.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 3.3.3 – Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici. Tre distinti per ASR inviante:

Sommatoria delle quantità di dispositivi medici contrattualizzate nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908

Sommatoria delle quantità di dispositivi medici distribuite nel quinquennio 2018- 2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908

Le CND oggetto di monitoraggio si riferiscono a gare aziendali e, soprattutto, sovrazieziali, che prevedono l'acquisto di articoli a listino, per i quali risulta difficile stimare correttamente a priori i quantitativi, data la complessità e numerosità di prodotti previsti per ogni contratto e gestiti aziendalmente (vedi ad esempio protesi ortopediche o vascolari): in merito la schermata di caricamento contratto prevede specificamente l'indicazione di acquisto a listino/budget, legata a tale modalità di gestione degli articoli.

Sono stati realizzati interventi da parte della software house, per opportune azioni finalizzate a rendere i dati più concretamente analizzabili. Ciò ha determinato l'implementazione delle informazioni precedentemente esistenti (soprattutto in merito alle quantità caricate in contratto), con netto miglioramento dei risultati, rispetto a quanto trasmesso nei trimestri precedenti, come emerge dalle tabelle aggiornate al terzo trimestre 2022 presenti sulla piattaforma PADDI.

Sono attualmente in corso:

- a) attività di formazione specifica sull'anagrafica contratti rivolta al personale delle Strutture coinvolte;
- b) revisione delle modalità di caricamento a sistema dei contratti in questione;
- c) miglioramento delle procedure di controllo del flusso informativo.

Il sub-obiettivo si considera PARZIALMENTE RAGGIUNTO.

4. Transizione post-Emergenza

Obiettivo 4.1 – Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero

Sub-obiettivo 4.1.1 – La produzione relativa all'attività di ricovero deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale.

Nell'anno 2022, a partire dal mese di aprile termine dell'ultima ondata pandemica da Covid-19, la produzione relativa all'attività di ricovero si è attestata all'88% di quella antecedente all'emergenza pandemica dell'anno 2019.

Il risultato raggiunto deriva dalla realizzazione delle azioni previste dal Piano Aziendale di Recupero Liste di Attesa nell'ambito degli interventi previsti (prolungamento delle sedute operatorie nelle ore

pomeridiane e nella giornata del sabato, utilizzo di risorse aggiuntive, efficientamento del percorso chirurgico).

Lo scostamento rispetto all'atteso è stato determinato principalmente dai seguenti fattori:

- l'evoluzione continuativa della pandemia anche nel corso del 2022 che ha determinato la proroga dell'applicazione delle norme inerenti il distanziamento con conseguente contrazione significativa dei posti letto, in particolar modo in area chirurgica (diminuzione complessiva di circa 90 posti letto);
- il volume di attività di Sala Operatoria correlato principalmente all'oggettiva difficoltà di reperire personale medico anestesista, nonostante siano state attivate tutte le tipologie di procedure selettive finalizzate ad assunzioni a tempo indeterminato, determinato o con incarico di lavoro autonomo.

In considerazione delle criticità sopra riportate e delle indicazioni regionali inerenti il periodo di riferimento dell'obiettivo (aprile-dicembre), il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 4.1.2 – Recupero prestazioni di ricovero secondo classi di complessità e priorità come programmato nel piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.
(prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU)

In riferimento al Piano Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa relative a prestazioni di ricovero il fabbisogno stimato per l'annualità 2022, secondo le indicazioni contenute nella DGR 4-4878 del 14.04.2022 e s.m.i., è stato calcolato in 1200 interventi chirurgici da eseguire tramite l'utilizzo di risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (pari al 20% del totale di pazienti inseriti in lista di attesa per classe di complessità e priorità al 31.12.2021).

Al 31.12.2022 risultano eseguiti, a partire dal mese di aprile, 920 interventi chirurgici oggetto di monitoraggio nazionale e regionale e indicati nel Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa.

In considerazione delle criticità descritte nel paragrafo relativo al sub-obiettivo 4.1.1, il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 4.1.3 – Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022

Al 31.07.2022 si evidenzia l'utilizzo di 413.181,58 € del residuo finanziamento di 415.253,64 € al 31.12.2021 per il recupero delle liste di attesa assegnato all'Azienda con la DGR 2-1980 del 23 settembre 2020 e s.m.i.

Dal mese di agosto si è proceduto all'utilizzo delle risorse assegnate con DGR 4-4878 del 14 aprile 2022 all'ASLCN1 e ripartite con accordo fra le due Aziende (deliberazione n. 339-2022 del 14.07.2022 "Presa d'atto deliberazione dell'ASL CN1 n. 127 del 29.04.2022 "spesa programmata 2022 – fondo recupero liste attesa di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022") come segue:

	Visite e Prestazioni ambulatoriali		Ricovero	Prestazioni di screening	Totale
	Prime visite e diagnostiche per il paziente oncologico	Visite e prestazioni di controllo e primo accesso	Interventi chirurgici programmati		
FINANZIAMENTO ASSEGNATO D.G.R. 4-4878 del 14-4-2022 ASL 210 - CN1	€ 51.209	€ 1.655.765	€ 1.530.935	€ 266.571	€ 3.504.480
spesa 2022 prevista per ASLCN1	€ 23.740	€ 767.586	€ 1.023.152	€ 266.571	
spesa 2022 prevista per AO S.Croce e Carle di Cuneo	€ 15.000	€ 485.000	€ 135.000	€ 90.018	
spesa 2022 prevista per erogatori privati (CDC di Cuneo; Città di Bra; Villa Maria Pia;...)	€ 12.469	€ 403.179	€ 372.783		
TOTALE	€ 51.209	€ 1.655.765	€ 1.530.935	€ 266.571 (ASL CN1) + € 90.018 (AO)	€ 3.504.480 (fin. ASL CN1) + € 90.018 (screening AO)

Utilizzo fondi al 31/12/2022 (DGR 4-4878 del 14 aprile 2022).

	Fondo definitivo assegnato con DGR n.4-4878	Spesa agosto 22	Residuo	Spesa settembre 22	Residuo	Spesa ottobre 22	Residuo	Spesa novembre 22	Residuo	Spesa dicembre 22	Residuo
Fondi prestazioni di specialistica ambulatoriale	500.000 €	24.597,00 €	475.403,00 €	25.378 €	450.025 €	32.746 €	417.279 €	32.269 €	385.010 €	21.443 €	363.567 €
Fondi ricoveri	135.000 €	20.542 €	114.458 €	30.824 €	83.634 €	27.774 €	55.860 €	41.846 €	14.014 €	35.382 €	-21.368 €
Screening	90.018 €	0 €	90.018 €	0 €	90.018 €	0 €	90.018 €	0 €	90.018 €	16.492 €	73.526 €
Totale	635.000,00 €	45.139,00 €	589.861,00 €	56.202,00 €	533.659,00 €	60.520,00 €	473.139,00 €	74.115,00 €	489.042,00 €	73.317,00 €	415.725,00 €

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 4.2 – Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici

Sub-obiettivo 4.2.1 – Raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni

In base alla relazione a cura del responsabile UVOS Screening ASL CN1 – Programma n.4 per l'Area Omogenea Piemonte Sud-Ovest, il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 4.2.2 – Aggiornamento del Piano di attività annuale, per l'anno 2022, da approvarsi con deliberazione del Direttore Generale di ogni Azienda afferente al Programma di Screening, ai sensi della D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016

Atti relativi all'approvazione del Piano di Attività per l'anno 2022.

- Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL CN1 n. 328 del 03/10/2022 avente oggetto "Gruppo di progetto Coordinamento attività di screening oncologico comprendente ASL CN1 – ASL CN2 – AO S. CROCE E CARLE – Nomina componenti".
- Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL CN1 n. 338 del 12/10/2022 avente oggetto "Gruppo di progetto Coordinamento attività di screening oncologico comprendente ASL CN1 – ASL CN2 – AO S. CROCE E CARLE – Nomina componenti – Rettifica".
- Deliberazione del Direttore Generale dell'AO S. Croce e Carle n. 643 del 23/12/2022 avente oggetto "Recepimento deliberazione n. 420 del 13/12/2022 dell'ASL CN1 di Cuneo recante "Piano di Attività Screening Oncologici anno 2022 – Programma n.4 (ASL CN1 – ASL CN2 – AO S. CROCE E CARLE)".

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 4.3 – Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Sub-obiettivo 4.3.1 – La produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale.

Nell'anno 2022, a partire dal mese di aprile termine dell'ultima ondata pandemica da Covid-19, la produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale si è attestata al 104% di quella antecedente all'emergenza pandemica dell'anno 2019.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 4.3.2 – Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale come previsto dal piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU)

In riferimento al Piano Aziendale per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale il fabbisogno stimato per l'annualità 2022, secondo le indicazioni contenute nella DGR 4-4878 del 14.04.2022 e s.m.i., è stato calcolato in 9.500 prestazioni da eseguire tramite l'utilizzo di risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (pari all' 86% del totale di pazienti inseriti in lista di attesa in tutte le classi di priorità al 31.12.2021).

Al 31.12.2022 risultano eseguite, a partire dal mese di aprile, 8.092 prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale e regionale e indicate nel Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa.

In considerazione delle indicazioni regionali inerenti il periodo di riferimento dell'obiettivo (aprile-dicembre), il sub obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 4.3.2 – Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022

Al 31.07.2022 si evidenzia l'utilizzo di 413.181,58 € del residuo finanziamento di 415.253,64 € al 31.12.2021 per il recupero delle liste di attesa assegnato all'Azienda con la DGR 2-1980 del 23 settembre 2020 e s.m.i.

Dal mese di agosto si è proceduto all'utilizzo delle risorse assegnate con DGR 4-4878 del 14 aprile 2022 all'ASLCN1 e ripartite con accordo fra le due Aziende (deliberazione n. 339-2022 del 14.07.2022 "Presa d'atto deliberazione dell'ASL CN1 n. 127 del 29.04.2022 "spesa programmata 2022 – fondo recupero liste attesa di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022") come indicato nella tabella relativa al sub-obiettivo 4.1.3.

Per quanto riguarda l'utilizzo fondi al 31.12.2022 (DGR 4-4878 del 14 aprile 2022) si fa riferimento alla tabella relativa al sub-obiettivo 4.1.3.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Obiettivo 4.5 – Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19

Sub-obiettivo 4.5.1 – Presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese

Tamponi molecolari e antigenici effettuati nel periodo gennaio-dicembre 2022.

me­se	tamponi molecolari eseguiti AIC 4	tamponi antigenici eseguiti AIC 4
Gennaio	34.430	13.183
Febbraio	14.969	8.104
Marzo	14.005	6.152
Aprile	11.424	4.817
Maggio	10.096	4.328
Giugno	7.013	4.923
Luglio	2.023	10.424
Agosto	1.015	9.888
Settembre	761	10.321
Ottobre	709	12.403
Novembre	492	10.187
Dicembre	439	10.189
totale anno	97.376	104.919

TAMPONI MOLECOLARI/ANTIGENICI PER POPOLAZIONE PEDIATRICA

Dal mese di gennaio 2022 è stata garantita l'esecuzione dei tamponi dalle h10 alle h13 dal lunedì al venerdì per un totale di 24 prestazioni al giorno aumentate a 36 dal 10/12/2022, con il supporto di un infermiere, un OSS e un amministrativo.

Dal 25 febbraio è stato ridotto l'orario dalle h10 alle h12 dal lunedì al venerdì per 24 prestazioni giornaliere Dal 13 aprile l'attività è stata rimodulata 1 ora dalle h10 alle h11 dal lunedì al venerdì per un totale di 12 prestazioni giornaliere.

TAMPONI MOLECOLARI/ANTIGENICI PER POPOLAZIONE ADULTA

Dal mese gennaio 2022 è stata garantita l'esecuzione dei tamponi dalle h14 alle h16 dal lunedì al venerdì per un totale di 100 prestazioni giornaliere, con il supporto di un infermiere, un OSS e un amministrativo.

Il 9 febbraio la fascia oraria è stata ridotta a 30 minuti dalle h14 alle h14:30, dal lunedì al venerdì, per un totale di 25 prestazioni.

Dal 25 febbraio l'orario è stato esteso ad un'ora dalle h12 alle h13, dal lunedì al venerdì, per un totale di 50 prestazioni giornaliere.

A partire dal 15 marzo, a seguito di richiesta dell'ASL CN1, è stato garantito il servizio anche per la popolazione ucraina.

Dal 13 luglio l'attività è stata assicurata con fascia oraria dalle h10 alle h13 dal lunedì al venerdì ad accesso libero.

Nei mesi successivi il servizio è stato rimodulato in base all'andamento pandemico e in risposta alle richieste formulate dall'AS CN1; nel mese di dicembre 2022 l'hot-spot ha garantito l'attività dalle h 9.30 alle h13:00 dal lunedì al venerdì.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Sub-obiettivo 4.5.3 – Organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali
--

Vaccini anti Covid-19 acquisiti e somministrati periodo gennaio - dicembre 2022.

Tipologia vaccino	Tipologia pazienti	N. dosi somministrate	N. dosi ricevute
Comirnaty adulti bivalente BA 4/5	Operatori sanitari (dipendenti e assimilati) dosi booster	509	5.760
Comirnaty adulti bivalente Original/Omicron BA1	Popolazione adulta	0	5.760
Comirnaty pediatrico	Popolazione pediatrica fragili e non fragili - I e II dosi	5.116	5.480
Comirnaty adulti	Donne in gravidanza	15	0
Comirnaty adulti	Pazienti fragili - dosi booster	4	0
Nuvaxovid	Popolazione adulta	0	100

VACCINAZIONE POPOLAZIONE ADULTA

Nel corso del 2022 l'attività è stata svolta in collaborazione con l'ASL CN1 secondo le seguenti modalità:

- caserma VIAN n° 2 o 3 linee vaccinali per 12h/die 7 giorni su 7 (ogni linea composta da un medico, uno/due infermieri e un amministrativo) fino al giorno 11 febbraio;
- sede Bertello a Borgo S. Dalmazzo 2 giorni a settimana x12h/die con una linea vaccinale (linea composta da un medico, un infermiere e un amministrativo) fino al 30 marzo;
- sede ASL di Borgo S. Dalmazzo 2 giorni a settimana (linea composta da un infermiere, un amministrativo) dal 30 marzo fino a giugno;
- sede SISP da luglio a dicembre con un amministrativo dalle h 8 alle h17 per 2 giorni a settimana;
- sede SISP per la vaccinazione popolazione fragile dal 5 agosto al 2 settembre per un giorno a settimana con un infermiere, un OSS e un amministrativo.

VACCINAZIONE POPOLAZIONE PEDIATRICA

L'attività è stata garantita nei locali aziendali (Area Ambulatoriale-Blocco E P.O. S. Croce e Carle) da dicembre 2021 a marzo 2022 per tre pomeriggi a settimana per un totale di 6 ore al giorno e nelle giornate di sabato e domenica per 12 ore, con la presenza di due linee vaccinali composte da medici pediatri dell'azienda e pediatri di libera scelta, due infermieri, un OSS e un amministrativo.

VACCINAZIONE DONNE IN GRAVIDANZA

L'attività è stata svolta nel mese di febbraio con due sedute domenicali svolte con la presenza di un medico, un infermiere, un OSS e un amministrativo.

Il sub-obiettivo si considera RAGGIUNTO.

Figura n.95: Sintesi autovalutazione raggiungimento obiettivi assegnati Direttore Generale con DGR 23-5653 del 19.09.2022

Area	Obiettivo	Sub obiettivo	Autovalutazione
1.Gestione piani di sviluppo e consolidamento	Obiettivo 1.1 – Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva, semi-intensiva e PS) – PNRR – M6C2		
		Sub-obiettivo 1.1.1 – completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia intensiva	Raggiunto
		Sub-obiettivo 1.1.2 - Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia semi-intensiva	Raggiunto
		Sub-obiettivo 1.1.3 - Completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per l'adeguamento dei PS	Raggiunto
		Sub-obiettivo 1.1.4 - Completamento dei provvedimenti idonei a garantire il rispetto del calendario previsto anche per gli esercizi successivi in merito a terapie intensive; terapie sub-intensive; Pronto Soccorso	Raggiunto
	Obiettivo 1.2 - PNRR – M6C1 – Case di Comunità; Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali		Non di pertinenza aziendale
	Obiettivo 1.3 – PNRR - M6C2 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)		Raggiunto
		Sub-obiettivo 1.3.1 – Distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP e tutti i restanti referti ambulatoriali)	Raggiunto
		Sub-obiettivo 1.3.2 – Assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente	Raggiunto
		Sub-obiettivo 1.3.3 – Interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2	Raggiunto
2. Qualità	Obiettivo 2.1 – Area Osteomuscolare		Raggiunto
	Obiettivo 2.2 – Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi IMA STEMI		Raggiunto

Area	Obiettivo	Sub obiettivo	Autovalutazione
	Obiettivo 2.3 – Appropriata nell'assistenza al parto		Raggiunto
	Obiettivo 2.4 – Donazioni d'organo		Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.4.1 Segnalazioni di soggetti in morte encefalica (BDI %)	Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.4.2 Non opposizioni alla donazione di organi	Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.4.3 Donatori di cornee	Raggiunto
	Obiettivo 2.5 – Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding		Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.5.1 Attivazione dei percorsi di fast-track	Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.5.2 Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding	Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.5.3 Piano di Gestione del Sovraffollamento- PGS (Allegato D alla DGR n.7-3088/2021)	Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.5.4 Monitoraggio per la riduzione del boarding	Raggiunto
		Sub-obiettivo 2.5.5 Tempo medio di permanenza in PS	Raggiunto
	Obiettivo 2.6 – Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di garanzia (NSG)		Non di pertinenza aziendale.
		Sub-obiettivo 2.6.1 – Aggiornamento tempestivo delle strutture in anagrafe regionale; Completezza delle strutture che rendicontano le attività nel flusso STS24; Verifica della qualità dei dati dichiarati dalle strutture nel flusso STS24 (esempio verifica di coerenza dei dati dichiarati rispetto all'esercizio precedente)	Non di pertinenza aziendale.
		Sub-obiettivo 2.6.2 – Definizione degli interventi di breve, medio, lungo periodo da avviare/avviati per monitorare e migliorare la performance aziendale relativa agli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia	Raggiunto
3. Farmaci e Dispositivi Medici	Obiettivo 3.1 – Affidabilità dati rilevati dai flussi informativi della farmaceutica		Raggiunto
		Sub-obiettivo 3.1.1 – Rapporto tra i costi	Raggiunto

Area	Obiettivo	Sub obiettivo	Autovalutazione
		aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO), come di seguito formulato:	
		Sub-obiettivo 3.1.2 – Rapporto tra i costi aziendali rilevati mensilmente dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO) e gli analoghi costi mensili consolidati a fine anno, come di seguito formulato:	Raggiunto
		Sub-obiettivo 3.1.3 – Trasmissione da parte delle AA.SS.RR., dello strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti, entro i termini stabiliti, stante la rilevanza delle informazioni fornite attraverso l'indagine suddetta.	Raggiunto
	Obiettivo 3.2 – Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva Mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel triennio 2019-2020-2021 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 - Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari. Nel caso l'importo cumulato relativo al 2021 sia inferiore al dato medio del triennio occorre mantenere il dato del 2021.		Parzialmente raggiunto.
	Obiettivo 3.3 – Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici		Raggiunto
		Sub-obiettivo 3.3.2 – Rapporto tra il numero di record validi con "Forma di negoziazione" compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP- Contratti (sia a numeratore che a denominatore record validi con medesima chiave univoca di identificazione, pur eventualmente oggetto di invii plurimi in inserimento e/o sostituzione, sono conteggiati una sola volta;	Raggiunto

Area	Obiettivo	Sub obiettivo	Autovalutazione
		esclusi dal conteggio i record oggetto di cancellazione)	
		Sub-obiettivo 3.3.3 – Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici. Tre distinti per ASR inviante:	Parzialmente raggiunto
4. Transizione post-Emergenza	Obiettivo 4.1 – Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero		
		Sub-obiettivo 4.1.1 – La produzione relativa all'attività di ricovero deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale.	Raggiunto
		Sub-obiettivo 4.1.2 – Recupero prestazioni di ricovero secondo classi di complessità e priorità come programmato nel piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. (prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU)	Raggiunto
		Sub-obiettivo 4.1.3 – Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022	Raggiunto
	Obiettivo 4.2 – Attuazione Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici		
		Sub-obiettivo 4.2.1 – Raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni	Raggiunto
		Sub-obiettivo 4.2.2 – Aggiornamento del Piano di attività annuale, per l'anno 2022, da approvarsi con deliberazione del Direttore Generale di ogni Azienda afferente al	Raggiunto

Area	Obiettivo	Sub obiettivo	Autovalutazione
		Programma di Screening, ai sensi della D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016	
	Obiettivo 4.3 – Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale		
		Sub-obiettivo 4.3.1 – La produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale.	Raggiunto
		Sub-obiettivo 4.3.2 – Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale come previsto dal piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL – prospettiva produzione per AO/AOU)	Raggiunto
		Sub-obiettivo 4.3.2 – Utilizzo, secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 entro il 31/12/2022	Raggiunto
	Obiettivo 4.4 – Piano di recupero vaccinazioni programmate		Non di pertinenza aziendale
	Obiettivo 4.5 – Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19		
		Sub-obiettivo 4.5.1 – Presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese	Raggiunto
		Sub-obiettivo 4.5.2 – Disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di	Non di pertinenza aziendale

Area	Obiettivo	Sub obiettivo	Autovalutazione
		aumento in tempi brevi di personale	
		Sub-obiettivo 4.5.3 – Organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali	Raggiunto
	Obiettivo 4.6 – PanFlu		Non di pertinenza aziendale
5.Prevenzione	Obiettivo 5.1 – Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)		Non di pertinenza aziendale
	Obiettivo 5.2 – Piano Regionale Integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)		Non di pertinenza aziendale.
Statistiche finali: 5 aree	Statistiche finali: obiettivi: 20 obiettivi NON di pertinenza: 6 obiettivi da rendicontare: 9	Statistiche finali: Sub obiettivi: 33 Sub obiettivi di pertinenza: 30	Obiettivi raggiunti: 35 (94,59%) Obiettivi parzialmente raggiunti: 2 (5,4%) Obiettivi non di pertinenza: 6

5.2 Verifica di obiettivi e piani operativi

Gli obiettivi strategici sono stati tradotti in obiettivi operativi assegnati alle Strutture aziendali attraverso il processo di budget e sono stati allegati al Piano di Performance⁸⁷.

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; per gli obiettivi di tipo qualitativo esse sono riferite al rispetto di scadenze o al completamento di attività.

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

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

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

Il modello organizzativo dell'Azienda è basato sulla distinzione tra potere di indirizzo, programmazione e controllo e quello di attuazione gestionale⁸⁸.

Il primo 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 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, all'allocazione delle risorse e alla valutazione dei risultati.

⁸⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=309>

⁸⁸ Del. 92 del 9.03.2017 -Regolamentazione Interna – Adozione Atti e Provvedimenti dei Responsabili delle Strutture Aziendali – Provvedimenti Conseguenti alla Deliberazione N. 611 Del 22.10.2015 – Seconda Revisione.

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 descritto 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.

L'attività di regolamentazione interna è proseguita e la documentazione è stata riesaminata in preparazione alla verifica di Accreditamento istituzionale. La situazione aggiornata è visibile nella sezione intranet gestita dalla FQA; l'ottica aziendale è quella di rendere il più possibile consultabili anche dall'esterno i regolamenti aziendali⁸⁹.

Con provvedimento n. 311-2021 del 22.06.2021 il Direttore Amministrativo ha rivisto il Regolamento per l'adozione dei provvedimenti amministrativi – conferimento deleghe per adozione atti e provvedimenti dei Responsabili delle Strutture aziendali. Il 18 novembre 2021 la Direzione Generale ha formalmente incaricato la Responsabile della S.S. Patrimonio e Attività Amministrative Trasversali di procedere a disamina istruttoria delle proposte di delibera, propedeutica alla presentazione alla Direzione per l'espressione dei pareri e l'eventuale adozione. Il personale della Segreteria di Direzione addetto all'Albo Pretorio procede con le verifiche necessarie nel corso dell'iter previsto prima della pubblicazione degli atti.

Il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile è esercitato dal Collegio Sindacale⁹⁰.

I componenti sono per 2/3 di nuova nomina come da delibera n. 278 del 20.06.2022. Il nuovo CS si è insediato in data 23.06.2022 e, come da previsione normativa, in tale seduta ha definito il proprio modus operandi, descritto all'interno del "Verbale di insediamento"⁹¹.

Il CS esamina tutti i provvedimenti inviati ai sensi della L.R. 10/1995, più gli atti campionati secondo la metodologia del "campionamento sistematico".

Secondo tale metodologia, il CS ha proceduto a definire "l'ampiezza campionaria" ed il "passo di campionamento" prendendo in considerazione, per l'anno 2022, del numero delle Determine/Delibere pubblicate negli anni 2019, 2020 e 2021, il valore medio delle Determine/Delibere pubblicate nei 3 anni e il valore medio mensile delle Determine/Delibere pubblicate nei 3 anni. Il "passo di campionamento" è pari dunque a 26 per le Determine e a 10 per le Delibere.

Il "campione" di riferimento è dato da tutti i provvedimenti pubblicati dal sabato precedente la seduta del CS fino al venerdì antecedente la seduta successiva. Per individuare gli Atti campionati si procede estraendo 2 numeri casuali utilizzando il programma on line "Generatore di numeri casuali — E-R Il portale della Regione Emilia-Romagna". I 2 numeri casuali estratti, rappresentano il valore di partenza, e corrisponderanno ai primi 2 provvedimenti "campionati" mentre i valori 26 e 10 rappresentano i due "passi di campionamento" rispettivamente per le Determine e per le Delibere, di conseguenza si provvederà a "campionare" le Determine ogni 26 e le Delibere ogni 10.

Nel corso dell'anno 2022, rispettivamente nei verbali dal n. 01 al n. 14 sono stati espressi:

- n. 2 rilievi, - 1 relativo a "Questioni Contrattuali" per "illegittimo ricorso all'affidamento diretto per l'acquisizione di forniture e servizi"; - 1 relativo al "Personale" per "mancato rispetto di disposizioni di contenimento della spesa pubblica"

Entrambi i rilievi sono stati inoltrati al MEF.

- n. 26 richieste di chiarimento relative a - "Questioni Contrattuali" di cui:

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

⁹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

⁹¹ *Verbale n. 6 del 23.06.2022*

n. 1 per “mancata esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto”;
 n. 2 non è stata indicata la tipologia;
 n. 1 per “illegittimo ricorso all'istituto della proroga contrattuale”;
 n. 1 per “tardiva adozione dell'atto”;
 n. 21 per “carenze e/o irregolarità riscontrate nell'adozione dell'atto”;
 - n. 7 relative a “Questioni Contabili” di cui:
 n. 1 per “carenze e/o irregolarità riscontrate nell'adozione dell'atto”;
 n. 5 per “errata imputazione di costi su esercizi diversi rispetto a quello di competenza”;
 n. 1 per “mancata indicazione della quantificazione della spesa”;
 - n. 5 relative a “Personale” di cui:
 n. 4 per “carenze e/o irregolarità riscontrate nell'adozione dell'atto”;
 n. 1 per “mancato rispetto di disposizioni di contenimento della spesa pubblica”;
 e 6 richieste ulteriore di chiarimenti.

Trimestralmente il Collegio Sindacale effettua una verifica di cassa sui Mandati di pagamento, le Reversali di incasso e il regolare versamento di oneri, contributi e IVA.

Con riferimento all'ultimo Questionario compilato la Corte dei Conti non ha chiesto chiarimenti.

Il Collegio Sindacale ha operato in base ai principi raccomandati dal CNDCEC e, in conformità a tali principi, è stato fatto riferimento alle norme di legge nazionali e regionali, nonché alle circolari emanate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, ed, in particolare, alla circolare n. 80 del 20.12.93 e la circolare n. 27 del 25.6.01, nonché alla circolare vademecum n. 47 del 21.12.01, che disciplinano, tra l'altro, il bilancio d'esercizio delle Aziende del comparto sanitario, interpretate ed integrate dai principi contabili applicabili, nonché è stato fatto riferimento ai principi contabili specifici del settore sanitario di cui al titolo II del D.lgs. n. 118/2011.

La collaborazione tra i componenti del Collegio, la Direzione aziendale e il personale di volta in volta chiamato in causa è buona.

Su sollecitazione del Collegio sono stati redatti:

- il Regolamento per la disciplina degli agenti contabili con aggiornamento del relativo elenco
- il Regolamento contabilità aziendale .

È stato richiesto l'adeguamento alle linee guida AgID relativamente alla pubblicazione degli atti firmati digitalmente sull'Albo Pretorio, aspetto già contemplato nella reingegnerizzazione dei processi affidata al nuovo gestore documentale con determina dirigenziale 87 del 23.01.2023.

Non sono stati formalizzati rilievi alla documentazione del Ciclo Performance.

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 intendersi come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità, con il coinvolgimento di 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, nonché monitorato dalla S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori⁹².

L'Azienda è sede del Comitato Etico Interaziendale⁹³, organismo di riferimento e supporto anche per ASLCN1, ASLCN2 e ASL di Asti.

Il **Comitato Etico Interaziendale** dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo (CEI) è un organismo indipendente cui afferiscono l'Azienda Ospedaliera, l'ASL CN1, l'ASL CN2 e ASL di Asti.

Nell'anno 2022 il comitato etico si è riunito 10 volte nelle date 26/1/22, 16/2/22, 16/3/22, 27/4/22, 1/6/22, 29/6/22, 12/9/22, 29/9/22, 10/11/22, 14/12/22.

⁹² <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/home.asp>

⁹³ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/comitato-etico-interaziendale/>

Il totale delle sperimentazioni approvate per le quattro aziende è pari a 124 di cui 72 per l'ospedale Santa Croce e Carle (21 relative ad interventistici farmacologici o con dispositivo e 51 di tipo osservazionale/procedurale).

L'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo è un ospedale dove si fa anche attività di ricerca clinica e traslazionale. La ricerca è uno degli strumenti che garantisce qualità all'assistenza erogata ai cittadini. Gli studi clinici con farmaci innovativi, l'utilizzo di tecnologie complesse per la diagnostica, l'esecuzione di interventi chirurgici ad alta complessità sono tutte occasioni per acquisire conoscenze e competenze che da un lato garantiscono elevati livelli assistenziali e dall'altro il continuo aggiornamento professionale degli operatori e delle strutture in cui prestano la propria attività. La pubblicazione su riviste scientifiche è lo strumento utilizzato per diffondere a livello nazionale ed internazionale i risultati della ricerca e, quindi, promuovere il valore della struttura e dell'Ospedale che li ha prodotti. Più la rivista è prestigiosa, maggiore è la rilevanza scientifica della pubblicazione.

Di conseguenza, il numero di studi clinici e il livello delle pubblicazioni scientifiche sono un indice della qualità della ricerca condotta presso un ospedale e della qualità dell'assistenza fornita ai cittadini.

Le pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate riconducibili ai professionisti dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle si riferiscono a 180 studi condotti nel corso del 2020 e 166 nel 2021; gli studi clinici innovativi, curati ormai da diversi, a partire dal 2023 includeranno anche quelli di fase 1, i più innovativi in assoluto. Per quanto riguarda i progetti di ricerca traslazionale - la cui applicazione clinica è a più lungo termine - sono in corso collaborazioni con Dipartimenti Universitari e Laboratori di ricerca nazionali ed internazionali nell'ambito di convenzioni opportunamente stipulate allo scopo. La Biblioteca Virtuale per la Salute (BVS-P)⁹⁴ della Regione Piemonte ha realizzato e aggiorna regolarmente una raccolta della produzione scientifica indicizzata nelle banche dati PUBMED e EMBASE che è possibile reperire e scaricare effettuando la ricerca per Aziende Sanitarie Regioni, Autori, Riviste, Keywords (RE-BVS). A luglio 2022 è stata creata un'area sul sito⁹⁵ dove è possibile consultare l'attività di ricerca e di sperimentazione dei professionisti dell'Ospedale e il report delle pubblicazioni su riviste biomediche nazionali ed internazionali segno di come l'Azienda intenda promuovere la raccolta e valorizzazione dei contributi dei propri professionisti alla produzione scientifica, favorire la disseminazione al proprio interno e consolidare competenze e risorse in grado di sostenere l'impegno dei servizi e dei professionisti impegnati nelle attività di ricerca sanitaria. La pubblicazione riferita al 2022 riporta 109 studi.

La finalità di raggiungimento della performance viene applicata per ciascun obiettivo, tenuto conto che i pesi degli obiettivi vengono definiti dalla Direzione Generale e sono specifici per categorie di strutture; particolare importanza viene riconosciuta agli obiettivi inerenti il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e gli interventi chirurgici, agli obiettivi direttamente collegati a quelli regionali, nonché a quelli di carattere economico.

In allegato le risultanze del raggiungimento degli obiettivi 2022.

Le soglie di accettabilità dell'obiettivo vengono definite e poi riportate sulle schede di budget: per gli obiettivi di tipo quantitativo le soglie di accettabilità si riferiscono a valori, mentre per gli obiettivi di tipo qualitativo esse sono riferite a rispetto di scadenze o a completamento di attività.

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 grado di raggiungimento e sulle criticità insorte.

A seconda degli scostamenti riscontrati agiscono:

- ad un primo livello i Servizi monitoranti su 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 ridistribuzione sugli altri per quanto riguarda l'azione sollecitata direttamente dal livello aziendale centrale.

⁹⁴ <https://www.bvspiemonte.it/rebvs/>

⁹⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/news-pubblicazioni-mediche/>

Tale modifica può essere richiesta anche dalla Direzione, in relazione a specifiche indicazioni regionali o dell'OIV o del Collegio Sindacale.

I Direttori delle Strutture assegnatarie di obiettivo possono richiedere verifiche sull'andamento o ridefinizione degli stessi. In modo particolare si è progressivamente incentivata l'autonomizzazione dei singoli Responsabili e Direttori nella lettura dei dati di attività delle strutture assegnate.

A fine anno l'OIV valuta⁹⁶ il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati. Il processo di budget prevede naturalmente, oltre al monitoraggio periodico circa l'andamento infra-annuale degli obiettivi assegnati 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.

Tutte le variazioni sono documentate presso l'archivio della S.S. Controllo di Gestione e discusse con l'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il filo conduttore di tutte le linee di attività aziendali è la **sicurezza**, sia relativa ai rischi psicofisici di tutti coloro che a vario titolo accedono ai presidi ospedalieri, sia a livello di sicurezza dei trattamenti e dei pazienti, sia a livello di sicurezza etica connessa all'ambito dell'anticorruzione.

Nell'area intranet del SPP sono descritte le modalità di lavoro e pubblicati i documenti principali analogamente a quanto avviene per il Rischio Clinico e per il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (nuova sigla CICA)⁹⁷.

Il CIO ha presentato il Programma di sintesi Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate alle pratiche assistenziali - anno 2022⁹⁸ con riferimento agli Indicatori regionali per il Programma di Prevenzione del Rischio Infettivo 2022" ed il report di attività 2022 basato sull'elaborazione a cura della S.S. di Microbiologia e Virologia della S.C.I. Laboratorio Analisi relativo alla situazione epidemiologica dell'AO S. Croce e Carle.

Nel 2022 è stata implementata la piattaforma GEMINI sulla quale vengono caricati i dati rilevati a livello aziendale.

E' stato deliberato il Documento ex art. 17 D. lgs. 81/08 -valutazione dei rischi e misure preventive e protettive – aggiornamento al 31.12.2022, messo a disposizione sul portale aziendale⁹⁹ che contiene, tra l'altro, la sintesi delle attività valutative, propositive e programmatiche messe in atto per la sicurezza e la salute dei lavoratori e, con riferimento ai dati contenuti nel database "Canopo", la sintesi dei rischi suddivisa per strutture e settori aziendali e l'archivio con la registrazione degli infortuni occorsi nell'Azienda.

Coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e regionali in materia di Risk Management/Rischio Clinico, sono state sviluppate azioni ed interventi aziendali finalizzati a consolidare la "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 come sinteticamente rappresentato nella Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, comprensiva delle cause che li hanno prodotti e delle conseguenti iniziative messe in atto per ridurre i rischi, pubblicata in Amministrazione Trasparente¹⁰⁰, come previsto dalla Legge 24/2017, all'art. 2 comma 5.

Molti obiettivi vengono annualmente assegnati in relazione a questa tematica.

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

⁹⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=310>

⁹⁷ <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/home.asp>; Delibera n. 523 del 28.10.2022

⁹⁸ Delibera n. 290-2021 del 31/05/2021

⁹⁹ Delibera n. 96 del 23/02/2023

¹⁰⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1178>

- modalità organizzative e procedure di gestione delle risorse tecnologiche con approvazione del piano investimenti secondo quanto definito dalla normativa vigente;
- un sistema informativo aziendale organizzato in modo coerente con le esigenze conoscitive e valutative dei vari livelli di governo aziendale;
- la garanzia dell'attività contrattuale 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;
- 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 Trasparente¹⁰¹, così come il programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali¹⁰².

Appositi obiettivi sono stati assegnati alle Strutture Acquisti, DAPO, Tecnico e SID.

L'Azienda "Santa Croce e Carle", quale "Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione", presenta un parco di tecnologie sanitarie particolarmente ampio ed in continua crescita, frutto degli investimenti aziendali sostenuti dal finanziamento pubblico regionale e, anche, del cospicuo contributo di soggetti privati, in particolare delle Fondazioni.

Le grandi tecnologie che caratterizzano l'Azienda si collocano prevalentemente nel settore della diagnostica per immagini, chirurgia robotica, radiologia interventistica, Medicina Nucleare e Radioterapia.

Figura n. 96: Dati relativi ad alcune delle grandi tecnologie presenti in AO

SINTESI GRANDI TECNOLOGIE AZIENDA OSPEDALIERA S.CROCE E CARLE - CUNEO	
2 acceleratori lineari + 1 TAC simulatore (32 strati)	
2 tomografi a risonanza magnetica 1,5 T	
2 TAC 16 strati	
1 TAC 128 strati	
5 angiografi	
1 CT-PET	
1 CT-SPECT	
3 Gamma camere computerizzate	
2 Mammografi	

Attualmente l'AO dispone di circa 130 grandi apparecchiature sanitarie di diagnostica per immagini almeno 50 delle quali sono state acquisite negli ultimi 5 anni. Nell'anno 2022, si sono ottenuti finanziamenti nell'ambito del PNRR per complessive 26 apparecchiature, tra cui quindici ecotomografi di alta fascia tecnologia (ne sono pervenuti al momento dodici) e undici grandi apparecchiature radiologiche.

La Radioterapia eroga in media 1700 prime visite all'anno e 1200 trattamenti anche di alta specializzazione. L'apparecchio di brachiterapia ha meno di 2 anni; l'ultimo acceleratore lineare è del

¹⁰¹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/bandi_di_gara_e_contratti/

¹⁰² http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/opere_pubbliche/

2019, l'altro ha dieci anni ma è soggetto a costanti aggiornamenti informatici e verrà sostituito a breve con fondi PNRR. La TAC a 128 stadi, utilizzata al S. Croce, è del 2020; nel prossimo biennio verranno sostituite le altre due con i fondi PNRR, così come è previsto l'arrivo di una Risonanza Magnetica 1,5 Tesla con il medesimo canale. Sono stati avviati gli studi che consentiranno l'ingresso del modello a 3 Tesla che è di altissimo campo. La metà degli apparecchi radiologici portatili per eseguire prestazioni al letto del paziente ha meno di 5 anni. Dei 5 angiografi: i 2 della Cardiologia interventistica sono in uso dal 2021, mentre i due della radiologia interventistica sono stati collaudati nel 2018 e nel 2022; l'angiografo robotizzato della sala ibrida è del 2012 ma ad oggi ha un contenuto tecnologico attuale. I mammografi sono stati installati nel 2020 e nel 2021, dunque hanno meno dei 6 anni indicato come standard di riferimento nazionale. L'osteodensimetro è stato acquistato nel 2021. La PET della Medicina Nucleare è operativa dal 2018 e con la Fondazione Ospedale si sta pensando a cercare i finanziamenti per acquistarne una seconda. Le gamma camere sono in uso da 15 -20 anni e rientrano nel Piano di finanziamento del PNRR.

Nel PS una delle apparecchiature risale al 2020, quella più vecchia verrà sostituita con i Fondi PNRR.

Nuove attrezzature per la valutazione strumentale del movimento e della postura sono state acquistate, con un contributo della Fondazione CRC, dall'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle per il Laboratorio di biometria unitamente all'esecuzione di un aggiornamento che consente di ricostruire digitalmente la colonna vertebrale senza utilizzare i raggi, soprattutto a favore di donne che hanno problemi di osteoporosi, uomini che hanno avuto dei crolli vertebrali e bambini per quanto riguarda tutti gli studi della scoliosi.

La Fisiopatologia respiratoria dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo ha acquisito nuove apparecchiature (spirometri, cabine pletismografiche ed apparecchiatura per l'esecuzione del test da sforzo cardiopolmonare) per il laboratorio, centro di riferimento del territorio per la diagnosi funzionale delle patologie polmonari. Vengono eseguiti gli esami di primo e secondo livello per la diagnosi delle più comuni malattie dell'apparato respiratorio (asma, BPCO, fibrosi polmonari) e per l'inquadramento dei pazienti per cui è necessaria un'approfondita diagnostica funzionale respiratoria (pazienti affetti da

Un nuovo laser che permette di trattare edemi e glaucomi senza scaldare la retina è entrato in dotazione all'Oculistica aziendale.

Nel 2022 è stato completamente rinnovato l'impianto di produzione acqua osmotizzata per la Dialisi, compreso un innovativo impianto per la produzione e distribuzione di concentrati acidi, nel presidio ospedaliero Carle; da novembre 2021 è stata inoltre attivata la nuova piastra endoscopica nel presidio ospedaliero Santa Croce, presso la quale si effettuano esami di Gastroenterologia, Pneumologia, Urologia.

I blocchi operatori dispongono di colonne con telecamere per chirurgia mini-invasiva e oncologica di grande contenuto tecnologico, con videomonitor in altissima definizione 4k e possibilità di visualizzazione 3D delle immagini. La SC Neurochirurgia dispone di un sistema integrato di strumenti navigabili.

Tra i miglioramenti che sono stati apportati alle procedure dell'Ingegneria Clinica, finalizzate principalmente alla comunicazione, condivisione delle informazioni, trasparenza, prevenzione di incomprensioni ed errori, ottimizzazione delle risorse, (come da obiettivi assegnati e puntualmente rendicontati) si possono citare le seguenti:

- sperimentazione ed applicazione di una metodica di incrocio dei dati tecnici e di costo delle principali apparecchiature con le prestazioni effettuate, ove possibile segmentando le prestazioni in sotto-tipologie. I risultati sono stati resi fruibili mediante una pagina web sulla intranet;
- sperimentazione ed applicazione di una metodica per la raccolta dei dati e riferimenti dei software per uso medico (ora a tutti gli effetti "dispositivi medici"); finalizzata ad individuare e prevenire rischi per la privacy, rischi per l'integrità dei dati e prevenirne la distruzione accidentale, prevedere possibili modalità di ripristino del sistema, censire l'obsolescenza in relazione alla rapida evoluzione dei sistemi operativi più diffusi. I risultati sono stati resi fruibili mediante una pagina web sulla intranet ove sono anche evidenziate le difficoltà per effettuare e proseguire il censimento;
- per la pianificazioni di attività di collaudo e messa in funzione di apparecchiature di un certo rilievo o con implicazioni riguardanti molteplici funzioni aziendali (ma anche per la pianificazione di altre attività che richiedono il coinvolgimento ed il coordinamento di più soggetti), si è

cominciato a realizzare un piccolo portale web, con tutti i riferimenti, le informazioni e la documentazione necessaria tra cui, a titolo di esempio, la stampante 3D per SC Chirurgia Maxillo facciale e i 30 letti elettrici Hill Rom.

Per quanto attiene la gestione dei danni occorsi a apparecchiature, nell'anno passato è stato consolidato l'utilizzo di procedura e modulistica (in fase di adozione come documento del sistema qualità) per redigere un'istruttoria in caso di danno accidentale, tale da documentare l'evento con fotografie, relazioni, preventivi di riparazioni, misure di prevenzione da adottarsi, di concerto con gli utilizzatori e con firma di presa d'atto del Direttore della Struttura interessata. Gli oneri del danno accidentale vengono quindi reconsiderati in un apposito periodico provvedimento determinativo del responsabile dell'Ingegneria Clinica.

La pianificazione delle acquisizioni di apparecchiature medicali in conto capitale in spesa corrente è avvenuta, di concerto, oltre che con le Strutture sanitarie interessate, con il Direttore Sanitario di Presidio e con il Responsabile del Controllo di Gestione, utilizzando un formato dati che consente l'analisi di dettaglio delle previsioni per tipologia di acquisizione, per Dipartimento e per Struttura Sanitaria, permettendo inoltre simulazioni per soluzioni alternative (es. acquisizione in proprietà o in noleggio, utilizzo di risorse donate, ecc.).

La gestione degli avvisi di sicurezza è avvenuta di concerto con la SC Farmacia: nel 2022 si è proceduto all'individuazione di una nuova responsabile della vigilanza sui dispositivi medici. Di norma le comunicazioni relative ad apparecchiature vengono diffuse e gestite dall'Ingegneria Clinica, quelle relative a monouso dalla Farmacia. Farmacia ed Ingegneria Clinica sono sempre reciprocamente in indirizzo nelle comunicazioni.

Per quanto attiene i costi della manutenzione, non sono stati possibili particolari interventi, in quanto le tariffe adottate sono principalmente quelle derivate dalle procedure centralizzate della Società di Committenza Regionale Piemonte (SCR), con qualche risparmio, non particolarmente significativo, rispetto alle situazioni pregresse. Notevoli vantaggi si registrano per contro per quanto attiene la manutenzione delle tecnologie di fascia bassa e media, ove la costante presenza interna di una Ditta garantisce migliore flessibilità, operatività e reattività alle situazioni di guasto.

La Farmacia effettua la valutazione delle richieste pervenute alla Commissione Dispositivi Medici CDMA e svolge (Delibera N.396-2020 del 07/10/2020) il ruolo di coordinamento della CDMA.

La Commissione ha i seguenti compiti:

- analizzare le richieste di introduzione in Prontuario di nuovi Dispositivi Medici (DM), comprese quelle in prova o dei saggi campione, pervenute secondo la procedura aziendale, tramite compilazione da parte dei Clinici di specifici moduli di richiesta: per l'introduzione (FAR_027- Farmacia e MOD042- SC Acquisti) e per le prove (MOD_037- SC Acquisti);
- promuovere l'appropriato uso dei DM in tutte le realtà aziendali, incentivando, a parità di efficacia, la diffusione di dispositivi meno costosi, verificandone altresì gli ambiti di utilizzo;
- favorire la rimozione dell'utilizzo (disinvestment) di dispositivi meno efficaci o ridondanti.

Per lo svolgimento della sua attività, la CDM adotta le metodologie di Health Technology Assessment (HTA) e di Health Technology Management (HTM), verificando le evidenze scientifiche di efficacia, appropriatezza e sicurezza disponibili (redigendo eventualmente mini-HTA reports), al fine di ridurre i costi per dispositivi medici, adottando le azioni di verifica, monitoraggio delle condizioni dell'uso, del consumo e dei costi rispetto ai dispositivi medici in utilizzo.

La Commissione Dispositivi Medici si è riunita 6 volte (nelle date 08/02/2022, 11/04/2022, 07/06/2022, 26/07/2022, 20/09/2022 e 22/11/2022), valutando 25 richieste, di cui 22 di infungibilità (20 accettate in prima istanza) e 37 di prova.

La Commissione ha provveduto alla creazione di un indirizzo mail dedicato per ottimizzare, informatizzare e velocizzare le richieste di inserimento in prontuario e le prove a costo zero; al coordinamento e alla calendarizzazione delle prove a costo zero dei Dispositivi Medici (DM) tramite comunicazione con ditta produttrice e con clinico richiedente, contribuendo all'ottimizzazione della tracciabilità del materiale valutato dalla Commissione con la registrazione della campionatura delle prove effettuate con dispositivo a costo zero. Viene inoltrata comunicazione ai singoli clinici richiedenti dell'esito della richiesta tramite trasmissione di stralcio del verbale della riunione della commissione.

La gestione dei DM avviene effettuando anche una valutazione dell'appropriatezza quali-quantitativa delle richieste da parte delle strutture per i DM a magazzino e in transito (ordine alla ditta di materiale

ad uso esclusivo di una struttura). Tali attività sono svolte quotidianamente dal farmacista reperibile per il materiale presente presso il magazzino di Vignolo e dalla farmacia del blocco operatorio per l'altro materiale. Si è intensificata la collaborazione con la SC Acquisti finalizzata ad ottimizzare le procedure di gare d'appalto e trattative per l'acquisizione di materiale sanitario vario in modo che l'intero percorso sia normato ed appropriato dalla stesura di capitolati, alla partecipazione alla commissione di gara, fino alla successiva codifica e sostituzione dei vecchi codici in uso. In collaborazione con le sale operatorie viene periodicamente aggiornata la composizione dei KIT procedurali in base all'analisi dei resi, agli aggiornamenti tecnologici e delle tecniche chirurgiche da parte degli operatori. Parallelamente sono stati creati nuovi KIT procedurali in base alle richieste dei nuovi direttori di strutture chirurgiche. Con l'inaugurazione della nuova piastra endoscopica è iniziata l'attività di allestimento dei kit procedurali dedicati. E' continuata la verifica semestrale della gestione delle scadenze presso i blocchi operatori come da procedura realizzata nel 2020, l'attività di etichettatura del materiale richiesto dal BOP per facilitare il corretto scarico, il controllo di qualità a campione sul corretto allestimento dei kit procedurali. Ha avuto inizio il progetto di archiviazione informatica dei DdT di consegna dei dispositivi medici i cui ordini sono seguiti dalla farmacia del blocco operatorio mediante scansione degli stessi DdT.

Nello specifico della gestione dei DM protesici il percorso delle protesi mammarie, IOL e protesi ortopediche cominciato nel 2019, è proseguito anche nel 2022, nonostante l'emergenza Covid abbia rallentato la presa in carico di nuove tipologie di materiali protesici (presa in carico e codifica di 19 nuove referenze riferite ai cotili a doppia mobilità). Tutti gli arrivi di materiale, gli impianti ed eventuali resi (materiale in scadenza/difettoso) alle ditte fornitrici del materiale in conto deposito gestito dalla farmacia sono tracciate tramite applicativo NFS. È avvenuta l'aggiudicazione della nuova gara aziendale delle protesi mammarie e presa in carico con la razionalizzazione del materiale custodito in Azienda come conto deposito (80 nuove codifiche per prodotti di nuova introduzione, aggiornamento 30 codifiche, reso di 102 referenze e carico informatico del nuovo conto deposito).

Si è provveduto alla pubblicazione ed attuazione, in collaborazione con le strutture coinvolte, della procedura per la gestione del materiale in conto visione.

E' sempre più evidente il percorso integrato tra gestione del rischio ed appropriatezza in tutte le aree aziendali.

Anche in ambito di **gestione dei medicinali** si procede con valutazione dell'appropriatezza qualitativa delle richieste da parte delle strutture per i farmaci a magazzino e in transito (ordine alla ditta di materiale ad uso esclusivo di una struttura). Particolare attenzione è rivolta al materiale sensibile (antibiotici/antifungini) e/o ad alto costo. Tali attività sono svolte quotidianamente dal farmacista che si occupa della distribuzione. La collaborazione con la SC Acquisti anche in questo ambito è finalizzata ad incentivare l'aumento delle procedure di gare d'appalto e delle trattative per l'acquisizione di materiale sanitario vario in modo che l'intero percorso sia normato ed appropriato, durante tutto il ciclo di approvvigionamento, la successiva codifica e cambio anagrafico dei vecchi codici in uso. Si procede con verifica semestrale della gestione delle scadenze presso i blocchi operatori come da procedura realizzata nel 2020. E' stata pubblicata la Procedura Generale PG_060 Gestione e corretto utilizzo delle soluzioni concentrate e delle soluzioni diluite di Potassio (K) per uso endovenoso. Si è limitato l'uso del K concentrato nelle aree critiche definite in procedura mentre tutte le altre strutture utilizzano soluzioni diluite di K limitando il rischio di errori potenzialmente fatali. E' stata pubblicata l' Istruzione Operativa IO_029 Utilizzo delle penne pre-riempite di insulina rivolta a tutte le Strutture sanitarie dell'Azienda e a tutti gli operatori coinvolti nel processo di gestione delle penne pre-riempite di insulina. L'attività del Laboratorio UFA si focalizza, oltre che sull'allestimento delle terapie antitumorali personalizzate, sulla verifica della appropriatezza prescrittiva dell'utilizzo degli stessi con particolare attenzione ai farmaci innovativi e ad alto costo.

L'attività di appropriatezza prescrittiva riguarda anche tutti i medicinali onco-ematologici per uso orale che vengono consegnati tramite il servizio di Distribuzione Diretta.

Vi è inoltre stata la partecipazione della Farmacia alla:

- revisione della "Scheda Infermieristica", utilizzata dalla SS Endoscopia Digestiva, degli ambiti di competenza ed in particolare degli aspetti legati alle terapie farmacologiche;
- correzione del Protocollo Operativo PO_ost025 "Induzione del travaglio di parto", relativamente al topic dei farmaci gestiti;
- revisione e pubblicazione della PG_056 "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da antiriassorbitivi";

- revisione e pubblicazione della PG_050 “Procedura per il trasporto dei pazienti pediatrici”;
- prima stesura del PO_CARD_INT_002 “Gestione dei Medicinali in sala di Cardiologia Interventistica”, con un focus sulle modalità di allestimento e conservazione delle terapie farmacologiche previste e sulla gestione specifica del potassio cloruro concentrato;
- proposta di gruppo di lavoro (Risk management, farmacia, cardiologia, psichiatria e neurologia) per valutare i rischi derivanti dalla somministrazione in monoterapia o concomitante di psicofarmaci che allungano il tratto QT ed individuare un percorso di prevenzione di tale evento.
- revisione del POPERF_001 “Protocollo K-control - Cardioplegia ematica secondo Calafiore” che dettaglia la modalità di somministrazione del potassio durante il periodo di ischemia del cuore, mediante l’infusione di soluzioni concentrate di KCl, con l’obiettivo di proteggere ed arrestare il cuore durante gli interventi cardiocirurgici (per le sale operatorie BOS e BIN).

revisione del Progetto “Best Practice 2022”, promosso dal Viminale per premiare le innovazioni amministrative sui territori, dal titolo “Un percorso partecipativo di alleanza Cittadino – Azienda Sanitaria per migliorare la consapevolezza e la sicurezza delle cure nella gestione della terapia”.

Nell’anno 2022 la Commissione Farmaceutica Aziendale si è riunita una volta in data 2/8/22 ed ha valutato 4 richieste, inserendo solo il misoprostolo in quanto le altre proposte necessitavano di ulteriori valutazioni da parte dei clinici.

L’attività della Distribuzione Diretta (nelle due sedi del Carle e del Santa Croce), oltre che provvedere all’erogazione delle terapie prescritte cronicamente o in dimissione, provvede alla verifica dell’appropriatezza prescrittiva dell’uso degli stessi con particolare attenzione ai farmaci innovativi, ad alto costo e con utilizzo off label.

Nell’ambito del miglioramento delle attività sono stati rivisti i seguenti moduli:

- Piano terapeutico per la prescrizione dei farmaci off label
- DB dedicato alla registrazione delle prescrizioni nominative off label
- Piano terapeutico standard per la prescrizione farmaci
- Piano terapeutico per i fattori di crescita granulocitari
- Piano terapeutico per le eparine a basso peso molecolare prescritte in gravidanza (legge 648/96)
- Modulo per la registrazione in file F dei farmaci erogati in distribuzione diretta
- Piano terapeutico per la prescrizione di mexiletina (legge 648/96).

La SC Farmacia Ospedaliera condivide con altre strutture aziendali (Direzione Generale, SC Tecnico, SPP, SS Ingegneria Clinica) la responsabilità sulla gestione dei **gas medicinali** in Azienda.

L’operatività relativa alla logistica dei gas medicinali (ricezione, stoccaggio, consegna alle strutture e monitoraggio sulla continuità di fornitura) è invece demandata alla ditta aggiudicataria della fornitura stessa, attraverso un servizio di Total Gas Management (ditta SOL, operativa con contratto a partire dal 01/04/2022), sotto il monitoraggio della Farmacia.

Nel 2022 è stata pubblicata la revisione della procedura Aziendale PG_009 “Gestione Gas Medicinali”, che dettaglia le responsabilità specifiche delle strutture aziendali coinvolte.

Nel corso del 2022, inoltre, è stata completata la stesura della istruzione operativa IO_FARM_009 (data di emissione 13/05/2022), riguardante esclusivamente gli aspetti di competenza della FO, attraverso la quale sono state messe in atto diverse azioni per ottimizzare il processo di gestione dei gas medicinali in Azienda, a differenti livelli:

- gestione delle anagrafiche dei gas medicali in bombola e serbatoio,
- emissione delle proposte d’ordine di tipo OSS e OSTR,
- verifica sulle bombole in ingresso, al momento della ricezione dalla ditta: controllo puntuale su tutte le bombole in ingresso, presso i due presidi ospedalieri, al fine di minimizzare il rischio di detenzione di prodotti non conformi o non rispondenti alle reali richieste di informatizzazione degli ordini di approvvigionamento,
- esecuzione trimestrale dei controlli di qualità sui gas erogati dalle prese di erogazione, in uscita dall’impianto di distribuzione (EPGA su n. 150 prese l’anno) nei reparti,
- ispezioni a campione per verificare che la gestione e la conservazione delle bombole stoccate nei reparti sia idonea,
- monitoraggio del riempimento dei serbatoi mediante verifica incrociata tra il ticket riportante la quantità di gas consegnato e ddt,
- carico delle bolle dei prodotti consegnati (sia dei gas in bombola, sia dei gas in cisterna),
- scarico ai C. d. C. utilizzatori delle bombole rispettivamente ricevute/utilizzate,

- monitoraggio da remoto della tracciabilità attraverso la piattaforma Infohealth.

È stata inoltre rivista la gestione delle unità base di ossigeno e soprattutto degli stroller detenuti presso la Pneumologia e stabilito di stoccare una unità base di ossigeno presso il Pronto Soccorso del S. Croce per la presa in carico delle urgenze ambulatoriali e post dimissione da ricovero del Presidio Ospedaliero stesso.

In materia di **farmacovigilanza** si è provveduto alla pubblicazione, in collaborazione con le strutture coinvolte, della procedura per la gestione della Dispositivo Vigilanza, rivista alla luce degli articoli 87, 88, 89 e 90 del nuovo Regolamento UE 745/2017 ed all'utilizzo del nuovo applicativo Dispovigilance della rete nazionale della dispositivo-vigilanza secondo quanto previsto dal Decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2022. E' stata introdotta una nuova modalità di segnalazione dei reclami inerenti DM anche tramite mail al Ministero della Salute. E' proseguita l'attività di gestione dei dispositivi medici con certificazione CE non in corso di validità (art. 59 Regolamento 2017/745, in deroga all'art.52) in seguito a confronto con i clinici utilizzatori, dando riscontro nei tempi stabiliti al Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa e Protesica della Regione Piemonte e predisponendo adeguate modalità di raccolta ed archiviazione informatica di tutta la documentazione. A maggio 2022 è stata formata la Nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) Versione 2.0., in vigore dal 20/6/22, e si è proceduto all'aggiornamento della pagina dedicata alla Farmacovigilanza sul sito intranet e delle nuove modalità di segnalazione (nuova modulistica cartacea e nuova piattaforma online). Ha avuto termine a settembre 2022 il progetto FARO (Farmacovigilanza attiva in Ospedale).

L'Azienda è impegnata nell'aggiornamento e messa a regime di cruscotti sempre più perfezionati per fornire tempestivamente dati di performance.

Si è continuato porre attenzione allo sviluppo della **telemedicina**, in particolare nel campo della televisita e del teleconsulto, nell'ambito degli ambulatori della salute.

Per quanto riguarda il teleconsulto, cioè la possibilità di fare consulenza a distanza fra medici, permettendo loro di chiedere consigli a uno o più specialisti, è uno dei capisaldi della rete di Hub/Spoke disegnata dalla normativa sanitaria ed in particolare dal Decreto Ministeriale 02/04/2017, n. 70. Il modello di assistenza sanitaria, integrata tra ospedali di riferimento per discipline ad alta specializzazione e ospedali di base, si basa sulla costruzione di percorsi socio diagnostico terapeutici che coinvolgono diverse realtà, appartenenti ad Aziende diverse, con la necessità di condividere con immediatezza e spesso in urgenza, informazioni, immagini e risultati di indagini diagnostiche. Con D.M. del 21 settembre 2022 "Approvazione delle Linee Guida per i servizi di Telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio", in vigore dal 2 novembre 2022, sono state approvate le Linee guida che stabiliscono i requisiti funzionali e livelli di servizio per la progettazione dei servizi di telemedicina da parte delle Regioni e Province Autonome, al fine di garantire l'omogeneità a livello nazionale. Con D.M. del 30 settembre 2022 "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina" con cui il Ministro della salute di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale ha disciplinato le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. Infine, la previsione dell'utilizzo del telemonitoraggio del paziente è prevista nell'ambito dei LEA (DPCM; 12/01/2017) ed anche nel recente documento della Mission 6 del PNRR.

Gli strumenti del telemonitoraggio spesso possono essere utilizzati in parallelo a quelli già citati del Teleconsulto.

Il tema è di rilievo anche in riferimento all'incremento, peraltro richiesto dall'Assessorato regionale, dell'utilizzo dei sistemi di refertazione online (ROL) e fascicolo sanitario (FSE).

La Missione 6 C2 del PNRR, all'investimento 1.3 individua il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi e la simulazione dei dati. Tale investimento prevede tra gli altri ambiti di intervento, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), "al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari". Con riguardo al FSE, la Regione Piemonte ha intrapreso da anni la sua attivazione, promuovendo nel tempo interventi di digitalizzazione, archiviazione, alimentazione da parte delle Aziende Sanitarie, anche in

considerazione dell'emergenza Covid-19, riconoscendo la valenza strategica del FSE, quale strumento funzionale al miglioramento dei percorsi di cura.

L'AO si è impegnata a rispettare le indicazioni regionali, secondo il modello regionale di digitalizzazione, archiviazione ed alimentazione del FSE e del ROL, con i seguenti documenti prioritari: i referti di laboratorio analisi, i referti di anatomia patologica, i referti di radiologia e le relative immagini con l'integrazione dei sistemi PACS, i verbali di pronto soccorso, le lettere di dimissione ospedaliera. In particolare questi ultimi documenti, per cui il trasferimento è avviato ora, richiedono un forte impegno aziendale a rendere firmati digitalmente tutti i documenti prodotti. Nel frattempo si sono inserite nel FSE anche le ricette dematerializzate, le vaccinazioni, le procedure necessarie per l'integrazione ed evoluzione dei pagamenti elettronici con la piattaforma PagoPA e lo SPID. Su questa strada si è avviata l'alimentazione del FSE dei referti della specialistica ambulatoriale.

Con comunicazione del 03/04/2022 l'AO è stata inserita dall'Assessorato regionale nelle iniziative di monitoraggio del Crash Program di alimentazione del FSE, con l'obiettivo di alimentare il FSE con i documenti clinico sanitari in coerenza alle prestazioni erogate di ricovero, ambulatoriale e PS e sin dal 05/04/2022 sono iniziati gli incontri, svoltisi con cadenza inizialmente quindicinale e poi mensile, con i Consulenti di Accenture per analizzare i dati, anche attraverso template per mappare lo stato dell'arte e monitorare periodicamente gli avanzamenti dell'iniziativa, verificare l'andamento, studiare iniziative di promozione dell'utilizzo delle firme digitali.

Sono stati riproposti i corsi FAD per l'introduzione alla privacy e si è costantemente data diffusione ai provvedimenti del Garante in materia di videosorveglianza, regole per i controlli a distanza e verifiche Green Pass, con l'aggiornamento dei rispettivi regolamenti aziendali a cura del RTD

In relazione alla tematica Cybersecurity, sono state organizzate due edizioni formative FAD dal titolo "Cyber Security Awareness: consapevoli per essere sicuri", la prima inaugurata nel 2021 e, dato il grande successo riscosso e l'incessante affinarsi delle tecniche di violazione dei dati, riproposto nel 2022 e confermato anche per il 2023. Il corso si rivolge a tutti i dipendenti al fine di innalzare il loro livello di consapevolezza della sicurezza informatica e contrastare così le minacce più comuni che si incontrano nella gestione quotidiana dei sistemi informativi della PA. Nel dettaglio sono già state formate 2.901 persone su 4.229.

Uno degli effetti dell'epidemia da Covid-19 è stata la rivalutazione della disponibilità delle aree critiche dell'urgenza e della rianimazione per rispondere in modo appropriato all'emergenza sanitaria. Di conseguenza, a livello nazionale e regionale si è effettuata una rideterminazione dei fabbisogni di posti letto dedicati alle aree intensive. In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, la Regione Piemonte, con DGR del 12 giugno 2020, n. 7-1492, ha deliberato il Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19, approvato dal Ministero della Salute in data 13 luglio 2020.

Le Aziende Sanitarie sono state individuate quali soggetti attuatori del Piano Arcuri, dettagliando gli interventi e il relativo quadro economico, i posti letto di terapia intensiva e semi intensiva e l'adeguamento del Pronto Soccorso, realizzandone gli interventi programmati previsti secondo un cronoprogramma pluriennale.

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.

A seguire vengono elencati i lavori e progetti conclusi o in corso a dicembre 2022 presso l'AO.

- a) Ristrutturazioni per miglioramento attività sanitaria.
 - Ristrutturazione degenze. Sono proseguiti 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 stati:
 - dal punto di vista tecnico:

- adeguare agli standard di accreditamento
- adeguare alle norme di prevenzione incendi (placcaggi a soffitto, completamento depositi, compartimentazioni, ecc.)
- adeguare gli impianti elettrici, chiamata, gas medicinali, laddove necessario
- climatizzare alcune camere di degenza
- sostituire serramenti esterni e serramenti interni, laddove necessario anche ai fini del contenimento energetico
- dal punto di vista strategico/sanitario:
 - collocare degenze chirurgiche nel blocco C, possibilmente per aree omogenee complanari
 - completare il progetto Materno infantile con la collocazione dell'Ostetricia al quarto piano, blocco C sud e blocco A.

Nel corso del 2022, per quanto riguarda gli interventi di ristrutturazione più complessi sono stati eseguiti o sono in corso di esecuzione:

- i lavori previsti nel Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale di cui al Decreto Legge 19.05.2020, n. 34, convertito nella Legge 17.07.2020, n. 77 e finanziati con fondi specifici.
 - Sono terminati i lavori di realizzazione di un nuovo reparto di Terapia Intensiva, con 15 posti letto e di un reparto di Terapia Semintensiva da 18 posti letto, collocati rispettivamente al primo piano blocco C nord e secondo piano blocco D dell'Ospedale S. Croce. In quest'ultimo reparto, realizzato per garantire flessibilità funzionale e operativa con possibilità di modulare la configurazione dei posti letto con diverse soluzioni e postazioni di Terapia intensiva, di Semintensiva e di OBI, è stata attivata la nuova Medicina di Emergenza e Urgenza.
 - Sono in corso i lavori di adeguamento dei percorsi del Pronto Soccorso, il cui termine è presunto entro il primo semestre del 2023.
- I Lavori previsti nella programmazione degli interventi stabiliti nel "piano Direttorio dove:
 - sono terminati i lavori nel reparto di degenza al piano secondo blocco A (precedentemente occupati dal reparto di Medicina d'Urgenza), per consentire di spostare la "Casa di Cura" dal piano quarto. Il reparto Casa di Cura è stato trasferito trasferito nei tempi concordati
 - nel corso del 2023 sono previsti gli interventi di adeguamento e sistemazione dei reparti di degenza per completare lo spostamento al piano quarto della degenza di ostetricia (rispettivamente nei blocchi A e C sud) e lavori presso quarto piano blocco A conclusi; in attesa di trasferimento altre degenze per poter concludere intervento presso il blocco C
 - sono in corso i lavori di adeguamento del reparto al quinto piano blocco C lato nord, preliminari al trasferimento della degenza Medicina oggi collocata al quarto piano (destinata ad Ostetricia)
 - sono in corso i lavori di adeguamento della zona Laboratori del SIMT per consentire la riorganizzazione delle attività in conseguenza alla maggior quantità di processi previsti dai piani organizzativi interaziendali

b) Lavori connessi alla fornitura di grandi attrezzature.

- Si sono concluse le seguenti installazioni:
 - un nuovo angiografo presso i locali Radiologia dell'Ospedale S. Croce piano terra con contestuale adeguamento delle aree limitrofe destinate ad attività accessorie (sala preparazione pazienti, day hospital, sala refertazione, ecc)
 - nuovo impianto dialisi all'Ospedale A.Carle.
- Sono in fase di acquisizione le seguenti attrezzature:
 - RM 3 Tesla, per la quale terminata la fase di progettazione è in corso l'attività di verifica e validazione del progetto esecutivo delle opere connesse alla installazione,

comprendente l'ampliamento delle aree con la realizzazione di nuovi locali e dei relativi impianti.

- Nel biennio 2023-2024 è prevista l'acquisizione con fondi PNRR di nuove grandi apparecchiature elettromedicali, per il quale sono da prevedersi la progettazione e realizzazione delle opere edili ed impiantistiche connesse

c) Per quanto riguarda le Aree ambulatoriali:

- è terminata nel 2022 la fase progettuale ed autorizzativa presso la soprintendenza dei Beni culturali, è in corso di realizzazione l'intervento di umanizzazione del CAS presso l'Ospedale A. Carle nell'ambito del progetto "Luoghi e percorsi di pazienti oncologici: l'accoglienza in Ospedale" con finanziamento della Fondazione CRC di Cuneo.

d) Lavori di manutenzione straordinaria, adeguamento e messa a norma

- Lavori di adeguamento dei presidi ospedalieri alle norme antisismiche.

- Si è conclusa l'analisi di vulnerabilità sismica di una parte del presidio Carle contenente la porzione soggetta a vincolo da parte della soprintendenza dei Beni culturali.
- E' fase di avvio la progettazione per l'adeguamento antisismico dell'Ospedale A. Carle per la porzione vincolata, blocco A, ricadente nella missione 6- Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) finanziato dall'Unione Europea - NextGeneratioEU.

- Lavori di adeguamento strutturale ed edilizio.

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

- miglioramento accessibilità dei servizi sanitari, anche tramite realizzazione di bagni per disabili, in particolare presso la degenza di Psichiatria dell'Ospedale Carle.
- Per il 2023 sono richiesti specifici finanziamento per interventi di adeguamento antincendio che permetteranno di realizzare opere per il rifacimento di alcuni impianti obsoleti e per la integrazione della compartimentazione di alcune aree.

- Lavori di adeguamento impiantistico.

Nel corso del 2022 si sono realizzati o progettati i seguenti lavori di adeguamento impiantistico, anche nell'ottica di un miglioramento dell'efficienza energetica degli impianti:

- Sono proseguiti i lavori di sostituzione delle colonne di distribuzione impianti idrotermosanitari, in corso da più anni, che consistono nella sostituzione delle vecchie tubazioni e la relativa coibentazione per limitare le dispersioni termiche
- Si è provveduto all'adeguamento degli impianti acqua refrigerata per il raffrescamento degli impianti di climatizzazione delle aree sanitarie. Nel 2022 si è conclusa la sostituzione del gruppo frigorifero dedicato alla Cardiochirurgia e Rianimazione.
- Per quanto riguarda gli impianti di produzione di acqua calda sanitaria sono terminati i lavori impiantistici che hanno previsto una revisione globale degli impianti di sotto-centrale del presidio S.Croce con sostituzione dei relativi "bollitori". L'intervento consente anche migliori rendimenti energetici.
- Si è provveduto all'installazione di n. 2 gruppi UPS con le relative batterie di accumulatori, per l'alimentazione elettrica di continuità dedicata a due apparati angiografici; la realizzazione di punti di sezionamento sulla rete antincendio del presidio A.Carle per garantire intercettazioni limitate di impianto ai fini manutentivi migliorando la sicurezza complessiva dell'impianto; l'implementazione dell'insonorizzazione di gruppi frigoriferi a servizio del Bunker e la realizzazione di alcuni camminamenti a servizio di nuove macchine di condizionamento utili a garantire accessibilità manutentiva ai fini della sicurezza.

e) Lavori o interventi in corso e in previsione per il contenimento dei consumi energetici.

Attualmente seppur non siano previsti specifici finanziamenti di opere per l'efficientamento energetico, sono comunque previsti una serie di interventi che consentono comunque la riduzione dei consumi ovvero un miglioramento dei rendimenti energetici inseriti negli interventi di adeguamento funzionale dei reparti o della revisione del parco impiantistico. In particolare:

- continuazione delle attività di progressiva sostituzione di lampade fluorescenti con altrettanti apparati a LED;
- sostituzione ove necessario dei serramenti esterni, in singoli reparti ovvero in occasione della ristrutturazione dei medesimi;
- sostituzioni impiantistiche con nuovi elementi ad alta efficienza nei reparti da ristrutturare.
- Nel 2022 si è proceduto alla sostituzione del gruppo di continuità (UPS) dedicato alla alimentazione elettrica di sicurezza delle sale operatorie e alla terapia intensiva di cardiocirurgia. Il nuovo macchinario è in grado di garantire migliori prestazioni in termini di rendimento e dissipazione.
- Nel corso del 2022 si è proceduto con l'analisi di fattibilità e progettazione per la realizzazione dei lavori, previsti nel 2023, riguardanti la sostituzione della stazione di continuità elettrica principale del presidio S.Croce. Il sistema, che garantisce l'alimentazione elettrica di continuità di molteplici e diversi elementi e apparati dell'intero presidio, è composto da 3 UPS in parallelo che presentano primi sintomi di obsolescenza. I nuovi gruppi sono in grado di garantire migliori prestazioni in termini di rendimento e dissipazione.

Un tema significativo è rappresentato dalla scelta delle modalità con cui realizzare il **nuovo ospedale** della città di Cuneo, con funzioni di Hub a livello sovrazonale, in sostituzione degli attuali presidi S.Croce e Carle.

La DCR del 18 gennaio 2022, n. 193 - 974 stabiliva di approvare la prima programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria, in cui era prevista la realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello per l'AO S.Croce e Carle di Cuneo, ai sensi del D.P.C.M. 4 febbraio 2021 "Iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, valutabili dall'INAIL nell'ambito dei propri piani triennali di investimento", fatta salva la possibilità di attivare altre tipologie e forme di finanziamento al fine di raggiungere l'obiettivo generale individuato.

Con comunicazione prot INCS-TO-09-22-CDO-wfo del 18 maggio 2022, registrata al protocollo aziendale con numero 18105, la società INC S.p.A. aveva presentato una proposta di Partenariato Pubblico Privato (PPP) per l'affidamento del contratto di concessione relativo alla progettazione definitiva ed esecutiva dei lavori di nuova costruzione del nuovo ospedale di Cuneo ed alla gestione di alcuni servizi non sanitari. La possibilità del PPP è prevista dall'articolo 183 del DI 50 - Codice degli Appalti.

L'accessibilità aziendale, come da indicazioni AGID, viene valutata almeno annualmente in occasione della Dichiarazione di accessibilità¹⁰³ a cura del RTD con il supporto del CUG che raccoglie dalle strutture maggiormente coinvolte (Tecnico, URP, Comunicazione, SID e ditta esterna, SPP) le risultanze rispetto a segnalazioni, adeguamenti normativi e miglioramenti che sono trasversali a vari fronti di intervento sia riferiti ai dipendenti che all'utenza esterna.

Un altro aspetto prioritario nella qualità dell'assistenza è quello dell'**umanizzazione**.

Le principali linee di indirizzo afferiscono alla promozione dell'empowerment e della promozione della salute, in collaborazione con l'ASLCN1 e le reti territoriali di riferimento e allo sviluppo di una Medicina di genere e delle differenze, con l'adesione ai programmi ONDA all'interno dei quali l'Azienda ha visto confermata l'attribuzione dei 3 bollini rosa e del bollino azzurro.

Il dettaglio delle iniziative è contenuto allegato alla Relazione attuazione PAP 2022¹⁰⁴ curata dal CUG.

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, l'A.O. "S. Croce e Carle" utilizza le informazioni

¹⁰³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accessibilita-e-catalogo-di-dati-metadati-e-banche-dati/>

¹⁰⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

raccolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), dall'ufficio stampa interaziendale e dai diversi punti di front line.

Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è dedicata la Carta dei servizi¹⁰⁵ aggiornata costantemente 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 in caso di inadempimento.

Figura n. 97: Monitoraggio **Indicatori al 2022 previsti della Sezione Terza della Carta dei Servizi**

Aspetti informativi			
Fattore di qualità	Impegno	Indicatore	Strumento di verifica
Informazioni sulla tipologia e modalità di fruizione delle prestazioni.	Aggiornamento periodico della Carta dei Servizi e del sito web	Presenza delle informazioni dei servizi aggiornata annualmente.	Presenza sul sito web delle pubblicazioni rivolte al cittadino. Le diverse aree della SS PAAT e l'URP hanno provveduto all'aggiornamento dei documenti di competenza. L'URP ha provveduto a interfacciarsi con le Strutture/Servizi per procedere con gli aggiornamenti degli orari delle attività e dei contatti indicati sulla carta dei servizi.
Informazioni aggiornate sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	Aggiornamento mensile dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate (prima visita).	Pubblicazione sul sito web dei tempi di attesa (prima visita) aggiornati mensilmente.	Presenza sul sito web dei tempi di attesa. dati inseriti secondo le indicazioni regionali, come evidente da link veloce http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa/
Privacy	Rispetto della Privacy da parte degli operatori.	Comunicazione a tutti gli operatori delle istruzioni circa le modalità di trattamento dei dati personali.	Presenza sull'area Intranet dedicata alla Protezione dati del documento DOC 063" <i>Istruzioni per gli autorizzati al trattamento</i> " nonché della modulistica e dei documenti di rilevanza aziendale. L'area Privacy e la documentazione sono state costantemente aggiornate da parte del gruppo privacy aziendale. Per il Dossier Sanitario Elettronico possibilità di richiedere l'oscuramento dati sanitari presso URP
Segnaletica interna	Chiare indicazioni di percorso per raggiungere la Struttura.	Presenza di segnaletica e cartellonistica visibile e aggiornata rispetto alle variazioni.	Indagine di soddisfazione non effettuata per problematiche connesse al Covid. Non sono pervenuti all'URP reclami in merito.
Identificazione del personale.	Corretta identificazione degli operatori da parte degli utenti.	Cartellino di riconoscimento da parte di tutto il personale.	Presenza del cartellino di identificazione con nominativo e qualifica. Non sono pervenuti all'URP reclami in merito.
Modulistica	Predisposizione di modulistica rivolta al cittadino.	Aggiornamento della modulistica sul sito web.	Presenza della modulistica accessibile dal sito web. La modulistica segnalata è stata costantemente revisionata/aggiornata.
Adempimenti obblighi previsti per la Trasparenza ai sensi	Implementazione della trasparenza nella pubblica amministrazione.	Pubblicazione dei dati previsti sull'apposita area web.	Attestazione annuale Organismo Indipendente di Valutazione:

¹⁰⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

del D.lgs 33/2013 e s.m.i			valutazione pienamente positiva come da pubblicazione http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1039
Aspetti tecnico-organizzativi			
Fattore di qualità	Impegno	Indicatore	Strumento di verifica
Prestazioni di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione.	Fornire prestazioni di qualità e appropriatezza.	Elaborazione di percorsi assistenziali e protocolli basati su prove di efficacia.	Presenza dei documenti ed implementazione nella pratica, come da specifica area intranet gestita da FQA
Impegno ad assicurare la continuità assistenziale.	Presenza di un percorso condiviso tra Ospedale e territorio.	Attivazione del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure e della Funzione dell'Assistenza Sociale.	Presenza del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure e della Funzione dell'Assistenza Sociale. Per i servizi sopra indicati non sono pervenuti all'URP reclami in merito.
Sicurezza del paziente.	Attenzione alla sicurezza del paziente.	Elaborazione ed implementazione di procedure generali.	Presenza delle procedure generali e con formazione degli operatori. Area sito web dedicata con pubblicazioni per il cittadino. Come da documentazione su specifica area intranet FQA e Rischio clinico e rendicontazione in specifica Relazione annuale http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1178
Aspetti alberghieri			
Fattore di qualità	Impegno	Indicatore	Strumento di verifica
Qualità del vitto e possibilità di scelta.	Somministrazione di vitto di buona qualità adeguata alle condizioni di salute, al regime dietetico del paziente e alle sue preferenze.	Pasti qualitativamente soddisfacenti con possibilità di scelta da parte del paziente.	Report annuale Segnalazioni Non sono pervenuti all'URP reclami in merito. Indagine di soddisfazione non effettuata per problematiche connesse al Covid.
Pulizia degli ambienti.	Mantenimento di un adeguato standard di igiene degli ambienti.	Numero di passaggi di sanificazione nei locali di degenza e nelle aree comuni.	Report annuale Segnalazioni Evidenza dei passaggi di sanificazione e controlli dei coordinatori. Non sono pervenuti all'URP reclami in merito. Indagine di soddisfazione non effettuata per problematiche connesse al Covid.
Umanizzazione			
Fattore di qualità	Impegno	Indicatore	Strumento di verifica
Ospedale interculturale.	Attenzione ai pazienti stranieri.	Mediazione Interculturale.	Relazione annuale del Servizio di Mediazione Interculturale. Come da pubblicazioni su specifica area intranet. Valutazione positiva
Assistenza religiosa per tutti i tipi di culto.	Attenzione ai pazienti rispetto al loro culto.	Attivazione del Progetto Religioni.	Opuscolo con i recapiti dei ministri di culto presenti in tutte le strutture sanitarie. Presenza della "Stanza del silenzio" Non sono pervenuti all'URP reclami in merito

Da quanto esposto sono stati garantiti i principi dichiarati nella Carta dei Servizi:

- **eguaglianza, imparzialità:** non ci sono stati reclami o segnalazioni pervenute al CUG che possano essere riconducibili a discriminazioni indebite¹⁰⁶ o disparità di trattamento;
- **continuità della cura:** questa è l'area nella quale, soprattutto se si adotta la chiave interpretativa del cittadino comune, è più difficile dare delle garanzie in riferimento alla possibilità di essere seguiti dallo stesso professionista, spesso per ragioni organizzative difficili da rendere comprensibili ai non addetti ai lavori. Non è previsto nell'ambito del SSN la scelta del medico presso l'ambulatorio specialistico di competenza per ovvie ragioni : equità di distribuzione dell'attività, rotazione del personale, competenze specifiche e macromanizzazione. Molto si è fatto in questi anni per garantire la continuità del processo di cura ed assistenza tra i percorsi ospedalieri e quelli fuori, come ben dimostrato dall'attività del NOCC, del CAS e dall'attivazione dei PSDTA, sempre a partire dal presupposto della continuità di erogazione del servizio che è stata preservata, seppur con le inevitabili modifiche, anche di fronte a difficoltà imprevedute e di difficile soluzione, quali soprattutto la carenza di risorse umane e il periodo pandemico;
- **diritto di scelta:** garantita a livello clinico dalle procedure, in modo particolare correlate al consenso informato, al consenso ai trattamenti, comprese le donazioni di organi e tessuti e le DAT e alla maggior disponibilità di informazioni anche attraverso il portale web;
- **partecipazione:** il cittadino può far pervenire direttamente all'URP o agli specifici canali previsti per singoli settori richieste, segnalazioni, reclami e proposte che vengono poi analizzati dalle strutture competenti; analogamente si realizzano periodici momenti di incontro con gli stakeholders in modo particolare con i rappresentanti dei cittadini sia attraverso la Conferenza di Partecipazione sia le collaborazioni con le Associazioni e le diverse organizzazioni del territorio; almeno una volta l'anno si ricorre alla consultazione pubblica in occasione della stesura del PTPCT, prima e dal 2022, del PIAO;
- **efficienza ed efficacia:** le maggiori evidenze sono contenute nei paragrafi di rendicontazione degli obiettivi di mandato e annuali assegnati al Direttore Generale e quelli assegnati alle strutture aziendali nello specifico ambito.

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. n. 33/2013 e dal D.lgs 97/2016 che ha introdotto l'accesso civico generalizzato¹⁰⁷ e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie.

Non sono state trasmesse segnalazioni da parte di URP o Protocollo o altri uffici aziendali relative agli accessi o alla Trasparenza¹⁰⁸. Non sono pervenute richieste di accesso civico.

L'attività periodica della Conferenza di Partecipazione¹⁰⁹ e la presenza 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'URP¹¹⁰ attraverso segnalazioni-reclami¹¹¹.

La Conferenza di Partecipazione è stata ricostituita con provvedimento n. 595 del 05/12/2022, in seguito a duplice emissione di avviso e dopo aver stipulato le convenzioni con le singole associazioni ed esponenti del Terzo settore secondo il Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato rivisto con provvedimento n. 79 del 24/02/2022.

In data 17.01.2023 si è tenuta la seduta di insediamento.

Nel corso del 2022, causa permanere delle restrizioni legate all'emergenza pandemica, la Conferenza di Partecipazione non si è riunita.

Nel corso del 2022 non vi sono state criticità che abbiano comportato la convocazione della Commissione Mista Conciliativa¹¹², organismo di tutela di secondo livello del cittadino a composizione paritetica, nominato con provvedimento n. 477 del 21.12.2017, con il compito di mediare il conflitto tra il cittadino e l'Azienda nei casi più complessi, affrontandolo per quanto possibile in termini positivi. E' pubblicato il Regolamento di Pubblica Tutela¹¹³.

¹⁰⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio_relazioni_con_il_pubblico/report_segnalazioni/

¹⁰⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=563>

¹⁰⁸ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/altri_contenuti/altri_contenuti_accesso_civico/

¹⁰⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

¹¹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=56>

¹¹¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=175>

¹¹² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

¹¹³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

I volontari hanno potuto riprendere la loro attività in presenza solo a ottobre 2022, a causa delle misure di contenimento e contrasto alla diffusione del virus da Covid 19.

In data 2.02.2023 è stato pubblicato nell'area URP del sito web il **report dei reclami** relativo al 2022¹¹⁴. Tutta la documentazione in merito alle Segnalazioni (formali e informali) è agli atti presso l'URP in forma cartacea ed informatizzata.

Le Segnalazioni complessive pervenute all'URP nell'anno 2022 sono state n. 1234 di cui n. 1053 di tipo informale e n. 181 formalizzate mediante le modalità previste dalla specifica Procedura Generale Aziendale (PG 030 "Gestione dei Reclami e delle Segnalazioni - Ufficio Relazioni con il Pubblico")¹¹⁵.

Figura n. 98: Andamento segnalazioni informali e formali anni 2019-2022

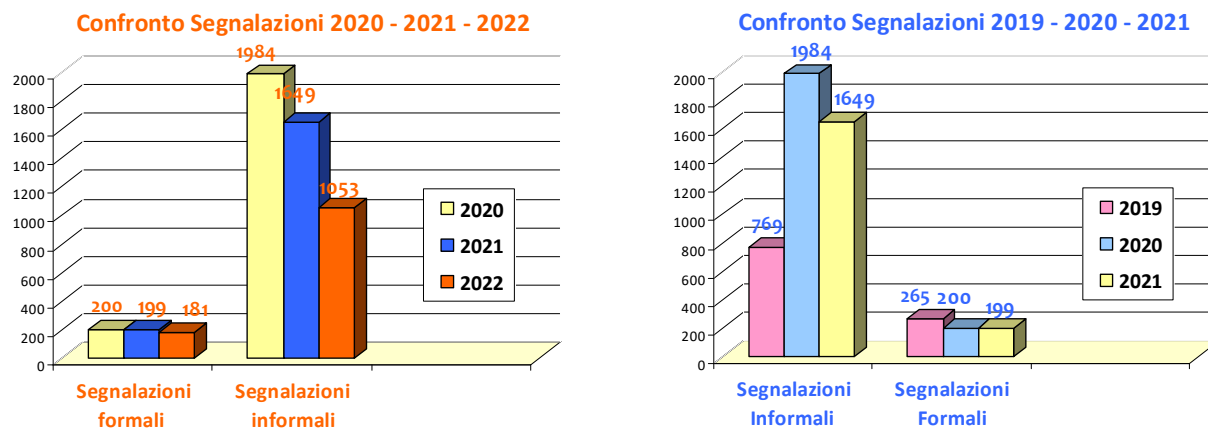
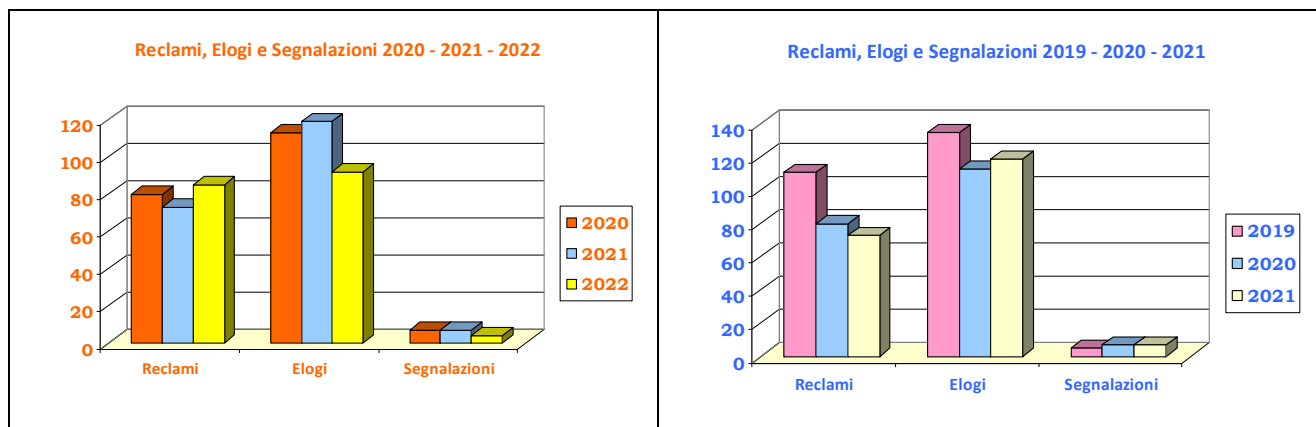


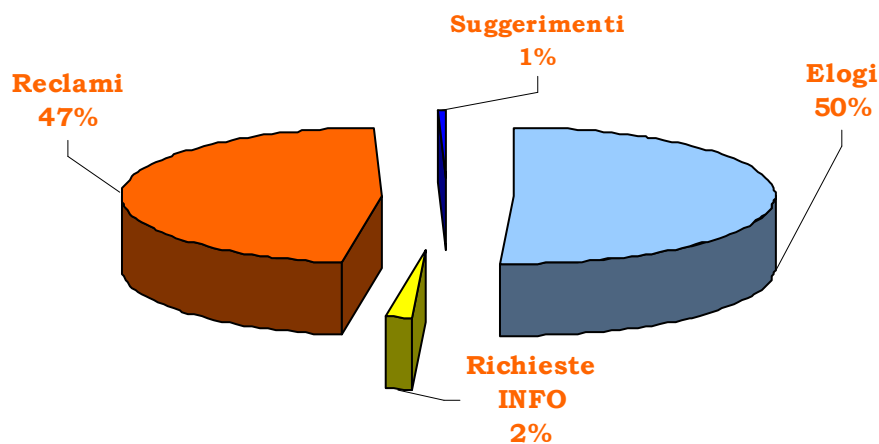
Figura n. 99: Andamento segnalazioni 2019-2022 suddivise per macrotipologia



¹¹⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio_relazioni_con_il_pubblico/report_segnalazioni/

¹¹⁵ PG 030 "Gestione dei Reclami e delle Segnalazioni - Ufficio Relazioni con il Pubblico"

Figura n. 100: Percentuale delle Segnalazioni formali nel 2022 suddivise per tipologia



Per quanto riguarda le Segnalazioni Formali (reclami, elogi, richieste info, suggerimenti) documentate con scheda specifica, nel 2022 sono state registrate n.181 segnalazioni, in numero ridotto del 10% rispetto al 2020. Di queste n. 181 Segnalazioni formalizzate il numero degli elogi, apprezzamenti, ringraziamenti è stato di n. 92, corrispondente quindi al 50% di tutte le segnalazioni.

Figura n. 101: Classificazione percentuale dei Reclami sulla base della macro-categoria

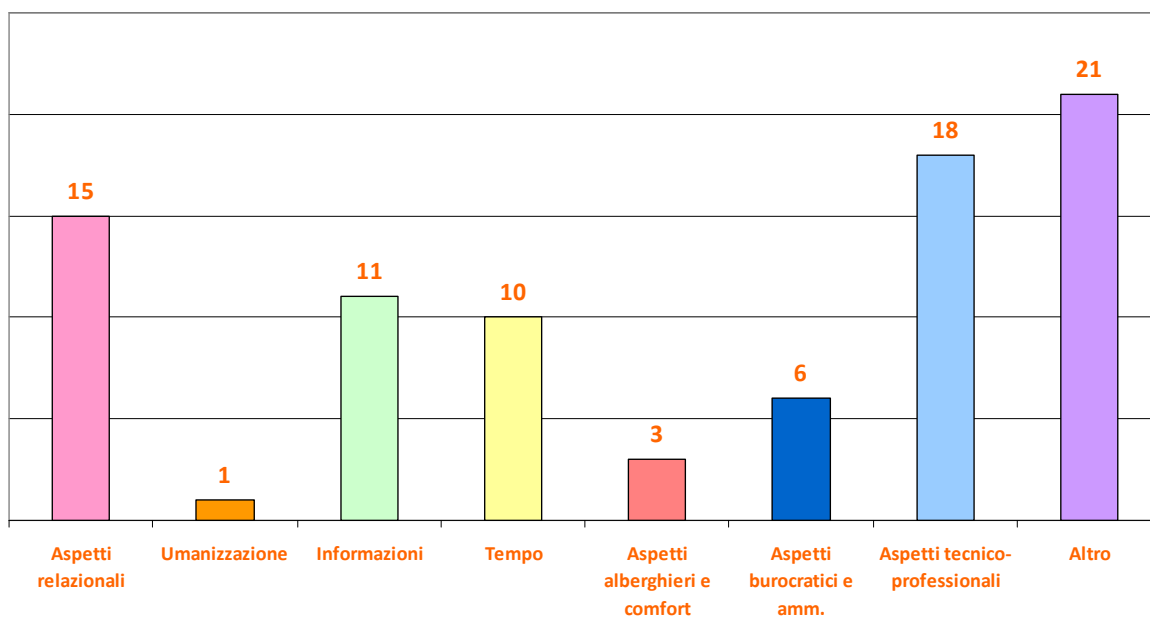
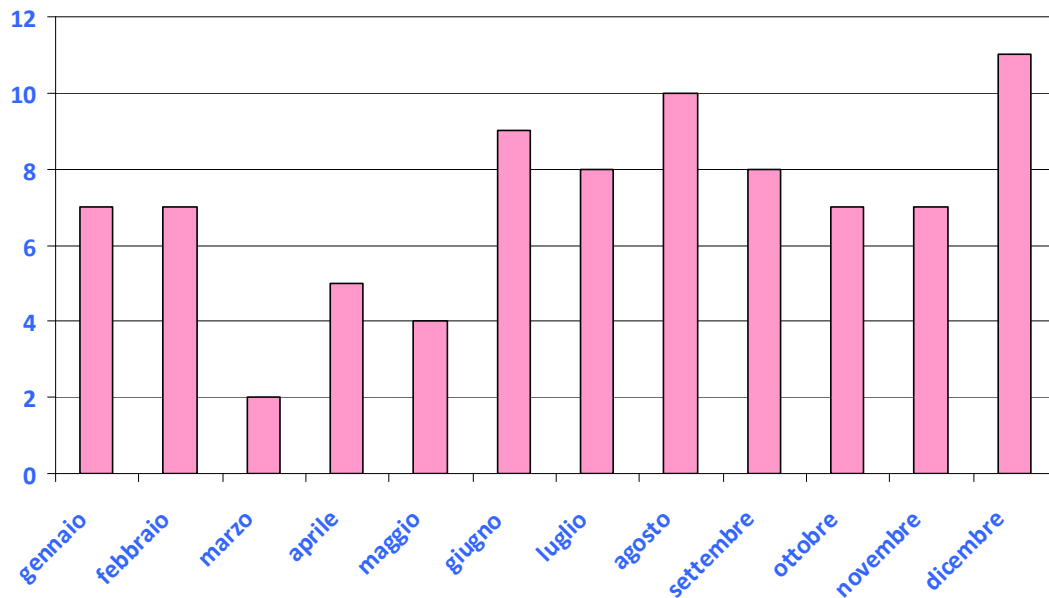


Figura n. 102: Distribuzione dei reclami per mese (2022)



La distribuzione dei reclami nell'anno risente dell'andamento complessivo di accesso ai servizi, soprattutto tramite Pronti Soccorso, di eventi contingenti, spesso connessi alla presenza rilevata in rassegna stampa di elementi di insoddisfazione, tra cui primeggiano i tempi di attesa.

Come emerso a livello nazionale dalle analisi relative agli episodi di intolleranza e violenza contro gli operatori sanitari, analogamente a quanto rilevato nel 2021, l'aumento delle segnalazioni non positive coincide con l'abbassamento della curva pandemica.

Come già negli ultimi anni, nel Report "Analisi delle Segnalazioni dei cittadini", è stata inserita anche la casistica delle "Segnalazioni Informali" che possono riguardare aspetti organizzativi, gestionali, di processo e che vengono gestiti riducendo la burocratizzazione dell'iter, mediante un percorso più snello. Grazie al sinergismo tra il personale dell'URP e il personale di riferimento delle Strutture coinvolte, la quasi totalità delle Segnalazioni sono state gestite in tempi rapidi con soddisfazione dell'utenza.

Il numero delle Segnalazioni Informali dell'anno 2022 pur essendo rappresentato da un numero piuttosto significativo (n.1053) è in decremento rispetto i due anni precedenti.

Nel corso del 2022, sulla base anche delle segnalazioni pervenute da cittadini che evidenziavano difficoltà nell'accesso ad alcuni servizi, sono state intraprese diverse azioni di miglioramento accompagnate anche da interventi importanti nell'ambito dell'umanizzazione dei luoghi di cura tra le quali:

- l'attivazione di un sistema informatizzato per la prenotazione dei prelievi ematici presso il Centro Prelievi. Tale modalità, che permette di prenotare giorno e ora di accesso al Centro, pur mantenendo sempre la possibilità di accesso diretto per coloro che non utilizzano mezzi informatici, ha azzerato il numero di segnalazioni di disagi;
- l'attivazione di posti letto di degenza per l'Osservazione Breve del Pronto Soccorso per consentire una migliore presa in carico dei pazienti che necessitano di essere monitorati;
- l'attivazione di ambulatori dedicati per il rilascio dei piani terapeutici a carico dell'Endocrinologia e Diabetologia;
- la revisione della procedura e delle informative per la popolazione sugli accessi e sui servizi con aggiornamento costante delle informazioni sul sito web;
- la revisione delle procedure sugli accessi e sulle attività di volontariato in Ospedale con attivazione di tre Infopoint (AISM, AIL e Cittadinanzattiva) presso la sede dello Sportello Sociale;

- il miglioramento della Sala di attesa/corridoio della SSD Recupero e Riabilitazione Funzionale e molteplici iniziative finalizzate a migliorare la percezione di umanizzazione.

È presente la procedura per la gestione delle segnalazioni di illecito (**whistleblowing**)¹¹⁶ che verrà aggiornata non appena recepita la normativa europea. Nel 2022 non è pervenuta nessuna segnalazione tramite questo canale.

6 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

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

Il collegamento fra la performance organizzativa attesa e la performance individuale¹¹⁷ 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.

Le risultanze del processo di assegnazione degli obiettivi ai dirigenti e al personale responsabile di Struttura in posizione di autonomia e responsabilità sono avvenute in linea con quanto descritto nel SiMiVaP pubblicato nell'apposita area dell'Amministrazione Trasparente¹¹⁸.

L'applicazione di quanto previsto nel SiMiVaP verrà descritta nella Relazione sull'attuazione del SiMiVaP.

6.1 Obiettivi individuali

La valutazione annuale si articola in due fasi successive:

- la valutazione effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in merito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura,
- la valutazione individuale relativa alla rispondenza del comportamento lavorativo al profilo professionale di inquadramento e al grado di raggiungimento/partecipazione agli obiettivi assegnati.

Entrambe concorrono alla determinazione della performance individuale annuale, correlata alla gradazione della retribuzione premiante.

Per la dirigenza, inoltre, le valutazioni annuali vanno ad integrare e perfezionare il fascicolo di valutazione pluriennale, utilizzato in occasione delle scadenze previste dai relativi contratti, ai fini della verifica dell'incarico dirigenziale attribuito.

¹¹⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/altri_contenuti/prevenzione_della_corruzione/

¹¹⁷ Eaton 200311, Kossek e Ozeki 199912, Skyrme 199413, Stavrou 200514

¹¹⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

Figura n. 103: Raggiungimento complessivo obiettivi per struttura sanitaria

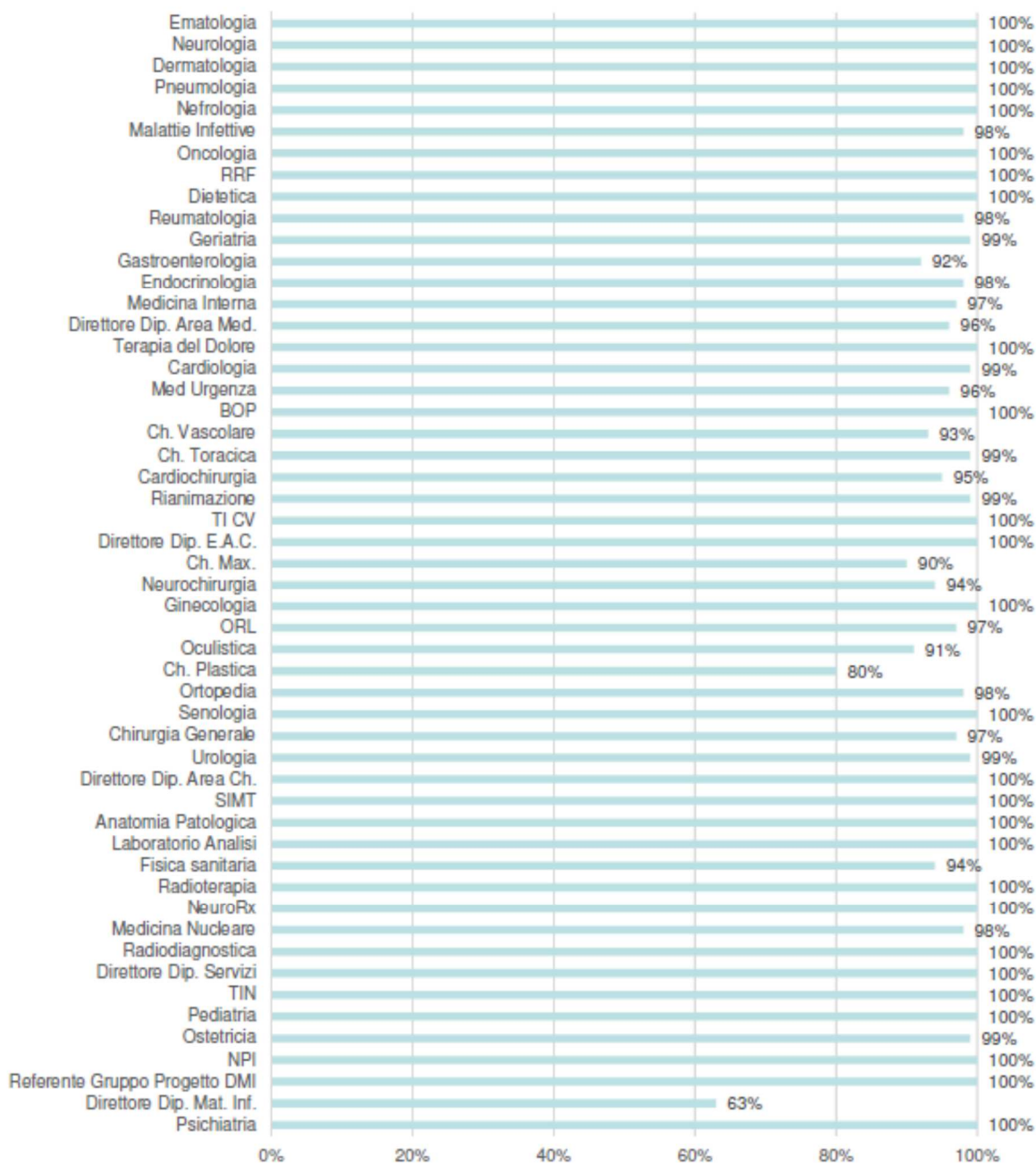
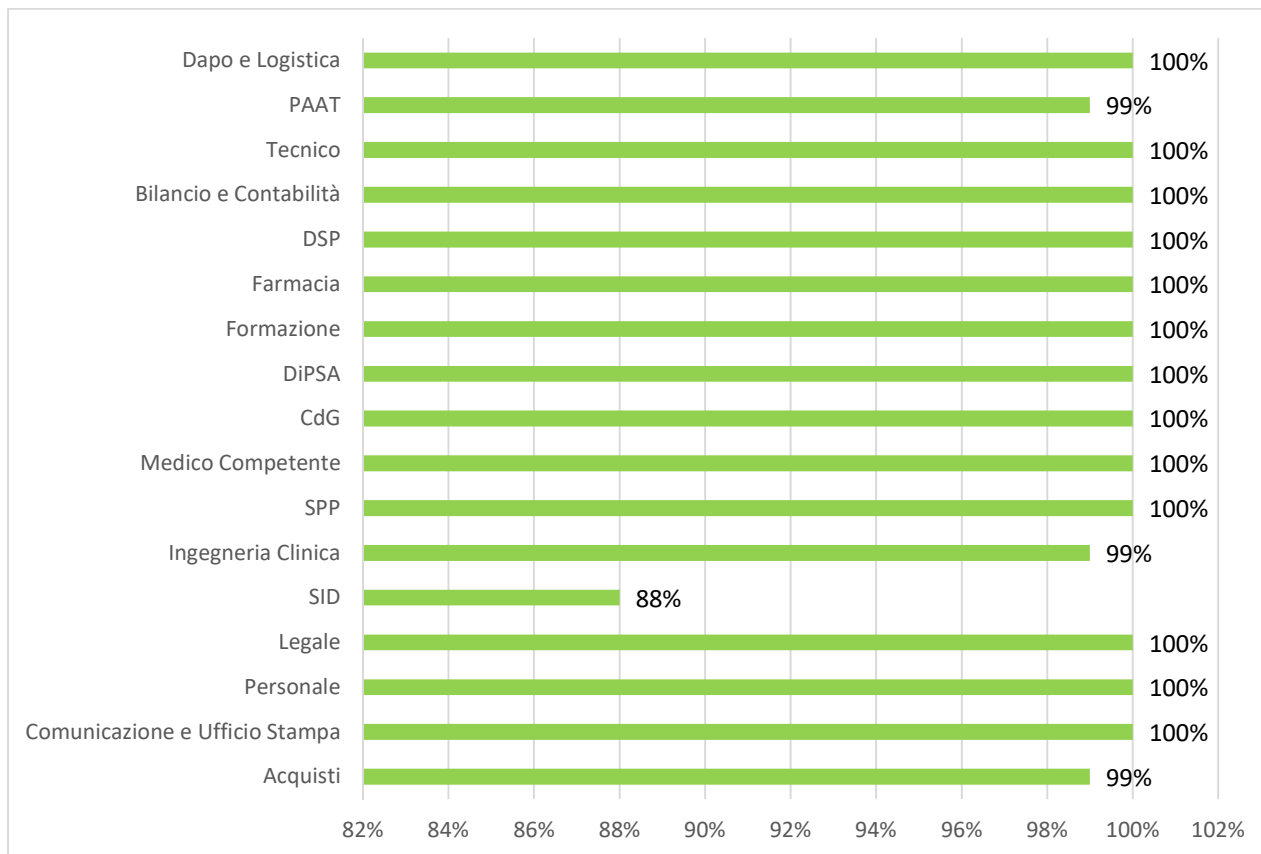


Figura n. 104: Raggiungimento complessivo obiettivi per struttura tecnico-amministrativa e staff



I risultati della valutazione sul raggiungimento degli obiettivi 2022 assegnati dalla Direzione Generale alle Strutture aziendali ed interaziendali con ricaduta sulle valutazioni individuali verrà è illustrata nella Relazione SiMiVaP.

La S.S. Amministrazione del Personale provvede alla liquidazione della retribuzione di risultato sulla base della delibera di approvazione del raggiungimento degli obiettivi¹¹⁹ ed a quanto ogni anno l'Azienda definisce e quantifica nel loro ammontare i fondi aziendali di finanziamento degli istituti del trattamento economico relativi alle Aree Dirigenziali ed al Personale del Comparto. La quantificazione è effettuata tenendo conto delle vigenti disposizioni di legge in materia e delle norme al riguardo contenute nei vigenti CC.NN.L. delle aree contrattuali per il Personale del Comparto, per l'Area Dirigenziale Sanità e per l'Area Dirigenziale Professionale Tecnica Amministrativa, nonché degli accordi annuali aziendali sottoscritti con le OO.SS. relativi ai fondi 2022 e al loro utilizzo.

Tutti gli atti sono pubblicati nella specifica area del portale aziendale¹²⁰.

7 IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

7.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La stesura della presente relazione vede coinvolti:

- le figure che curano la predisposizione del documento avvalendosi delle risultanze dei sistemi di misurazione e degli esiti delle valutazioni effettuate dai soggetti competenti. La Relazione sulla Performance viene redatta dallo staff del Controllo di Gestione, sotto la supervisione del Responsabile 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 quelli 2019 e 2022;

¹¹⁹ Delibera n. 222 dell'11.05.2022.

¹²⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/contrattazione-integrativa/>

- l'organo di indirizzo politico amministrativo, cioè la Direzione Aziendale, che valida la Relazione, verificando il conseguimento degli obiettivi specifici nonché la corretta rappresentazione di eventuali criticità emerse nel corso dell'anno di riferimento e per le quali l'OIV ha ritenuto opportuno procedere alle segnalazioni di cui all'articolo 6 del d.lgs. 150/2009; il riferimento principale è costituito dalla Delibera "Valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget – anno 2023";
- l'OIV, che misura e valuta la performance organizzativa complessiva e valida la Relazione, garantendo in tal modo la correttezza, dal punto di vista metodologico, del processo di misurazione e valutazione svolto dall'amministrazione, nonché la ragionevolezza della relativa tempistica; il riferimento è rappresentato dai verbali delle sedute 2023 archiviati presso la Segreteria tecnica di supporto all'interno del Controllo di Gestione.

Al momento della stesura della presente revisione del documento non sono ancora state assegnate le percentuali di raggiungimento degli obiettivi dei Direttori Generali da parte della Regione Piemonte per il 2022, pertanto si contempla solo l'autovalutazione aziendale che ha ricevuto l'approvazione da parte della Conferenza dei Sindaci per l'annualità 2022 nella seduta del 13 aprile 2023.

Gli stakeholders maggiormente coinvolti nel processo di definizione e controllo del Ciclo di Performance sono:

- Collegio di Direzione¹²¹. Le riunioni verbalizzate nel 2022 sono state 9 (19.01, 2.03, 21.04, 29.06, 3.08, 8.09, 21.09, 9.11, 21.12.2022).
- Collegio Sindacale¹²²: nuovo insediamento e lavori come attestato nelle sedute verbalizzate;
- Comitati di Dipartimento¹²³
- Conferenza dei Sindaci¹²⁴ come attestato dalla documentazione trasmessa in Regione per la valutazione annuale degli obiettivi assegnati al Direttore Generale e attestato nella seduta verbalizzata (13.04.2023);
- Conferenza di partecipazione¹²⁵: nuovo insediamento;
- Consiglio dei Sanitari¹²⁶, riunitosi nella seduta del 04.08.2022;
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)¹²⁷ come attestato nelle sedute verbalizzate (23.2.2022, 15.03.2022, 30.03.2022 e 13.04.2022 per quanto riguarda le valutazioni degli obiettivi 2021; 9.03; 5.04; 19.04; 27.04.2023 per la valutazione degli obiettivi 2022).

La documentazione principale è pubblicata sul portale aziendale¹²⁸.

In seguito all'approvazione del nuovo Atto Aziendale¹²⁹ è stato ridefinito il Gruppo di lavoro deputato alla redazione e monitoraggio del PIAO¹³⁰. Il coordinatore del gruppo di lavoro resta del Responsabile della Struttura Controllo di Gestione che è anche il Coordinatore del Comitato Budget.

L'elaborazione di questa Relazione è avvenuta come descritto in Premessa.

7.2 Coerenza con altri processi e documenti

Il **Piano pandemico aziendale**¹³¹, emesso nella sua prima versione nel settembre 2020, rappresenta l'implementazione a livello locale del Piano Pandemico operativo Covid-19 della Regione Piemonte presso l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle in relazione alle diverse fasi di possibile ripresa pandemica, in integrazione con il "Piano Covid-19 2 per la Rete di assistenza ospedaliera- allegato 1

¹²¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1002>

¹²² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1003>

¹²³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1005>

¹²⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

¹²⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

¹²⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1004>

¹²⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1012>

¹²⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/organizzazione/articolazione-degli-uffici/>

¹²⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

¹³⁰ Delibera n. 322 del 30.06.2022 in <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

¹³¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1343>

“Scenario Rete ospedaliera di quadrante” concordato tra le Direzioni Generali dell’ASL CN1, ASL CN2 e AO S.Croce e Carle.

Nel corso del 2022, con la normalizzazione dell’epidemia da Covid 19 non è più stato necessario riesaminare puntualmente il Piano Pandemico che è stato monitorato attraverso audit periodici. Sono state aggiornate le PG 052 Misure di prevenzione e protezione dei lavoratori potenzialmente esposti a pazienti affetti da Covid-19 e PG Covid Sorveglianza sanitaria dei lavoratori dipendenti ed equiparati dell’AO S. Croce e Carle, come da obiettivo n. 127.

Con Deliberazione n. 463 del 27.09.2022 è stata emessa la revisione n. 3 del “**Piano Aziendale Gestione Sovraffollamento in Pronto Soccorso**”.

Il Pronto Soccorso (PS) è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza urgenti dalla popolazione. Il concetto di sovraffollamento in Pronto Soccorso è riferibile ad una situazione in cui il normale funzionamento è limitato dal disequilibrio tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico e la capacità della struttura di soddisfare l’aumento della domanda, garantendo il rispetto degli standard di sicurezza, qualità e sostenibilità delle cure con l’insieme delle risorse umane, strutturali e tecnologiche disponibili.

L’entrata in vigore del DPCM “Salvitalia” in relazione alla pandemia Covid ha introdotto un ulteriore concetto legato alla necessità di garantire il distanziamento precauzionale, che limita la capienza delle strutture e che deve essere rispettato attraverso un miglioramento dei percorsi e dell’efficienza operativa della struttura, imponendo pertanto la rimozione di tutti gli ostacoli che impediscono o rallentano il corretto percorso diagnostico terapeutico e di ricovero del paziente.

Il sovraffollamento deve essere distinto dalle maxiemergenze, che sono dovute ad eventi eccezionali e non prevedibili e che richiedono soluzioni organizzative dedicate.

Quando il numero e/o la gravità delle vittime eccede la capacità di risposta intrinseca alla normale operatività del Pronto Soccorso già potenziata con l’applicazione del Piano di Gestione Sovraffollamento in Pronto Soccorso viene attivato il PEIMAF.

Il sovraffollamento (overcrowding) del PS è associato al rischio di compromissione della qualità delle cure erogate dovuta in particolare a: latenza nella presa in carico, ritardo nell’effettuazione di accertamenti diagnostici e nell’inizio del trattamento e aumento di errori ed eventi avversi.

Gli obiettivi del documento sono:

- garantire il controllo del rischio clinico dei pazienti, mediante la riduzione dei tempi d’attesa per l’accesso alle cure di tutti i pazienti che si rivolgono al servizio;
- garantire l’adeguato percorso per le patologie tempo-dipendenti;
- contenere il carico di lavoro delle équipes sanitarie con conseguente riduzione dello stress lavoro correlato per gli operatori;
- ridurre la probabilità di eventi avversi a carico dei pazienti e gli episodi di violenza verso gli operatori.

Il PGS è oggetto di monitoraggio periodico al fine di valutare l’adeguatezza dei criteri identificati per l’attivazione e la chiusura del Piano stesso (frequenza e appropriatezza).

Annualmente, come previsto dall’ ex art. 17 d.lgs 81/08 viene redatto dal SPP il **Documento di valutazione dei rischi e misure preventive e protettive**.

Nel 2022 è stato emesso con provvedimento n. 94 del 1.03 quello riferito al periodo 1.06.2021 – 28.02.2022, in relazione al cambio di Direzione mentre quello riferito all’anno 2022 è stato deliberato con provvedimento n.96 del 26.02.2023.

Entro il 30 giugno 2022 la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano è chiamata ad adottare l’accorpamento e la rivisitazione degli accordi attuativi in materia di formazione; nel contempo, in ottemperanza alla modifica introdotta dalla Legge 215/2021 l’Azienda ha riesaminato tutte le modalità di formalizzazione dell’inserimento e dell’addestramento.

Il collegamento con il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**¹³² (PTPCT 2022¹³³), di fatto convogliato nella specifica sottosezione del PIAO 2022, è dato dalla condivisione dell’andamento dei processi specificamente riconducibili all’area dell’appropriatezza e

¹³² http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/PTPCT_2017_2019.doc

¹³³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

dell'integrità, dal sistema dei monitoraggi e da alcune misure di contrasto che sono considerate obiettivi per le Strutture ed i Dipartimenti.

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.

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 gli obiettivi e le azioni previsti per la gestione del rischio di mancata integrità¹³⁴.

Per quanto riguarda la rendicontazione dell'attuazione del PTPCT 2022 si può far riferimento alla relazione¹³⁵ pubblicata sul portale, secondo i parametri richiesti ogni anno da ANAC (allegata).

Non sono al momento emersi fatti particolari relativamente alla mancata integrità nella gestione dei processi essenziali.

La rendicontazione dell'avanzamento di quanto previsto per la Trasparenza è stata sottoposta all'OIV in occasione dell'Attestazione degli obblighi al 31.05 sia del 2022¹³⁶ ed in attesa delle indicazioni ANAC per quella del 2023 relativa al 2022 è stata prodotta la Relazione sulla Trasparenza 2022 allegata al presente documento.

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, si basa 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, nonché specifici obiettivi sullo stato di attuazione della mappatura dei servizi, sulla loro associazione a standard di qualità, sulla pubblicazione degli impegni 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.

I programmi prioritari per la valutazione e il miglioramento della qualità vengono selezionati annualmente dalla Direzione Strategica con lo scopo di migliorare uno o più dei seguenti aspetti della qualità delle prestazioni sanitarie: qualità professionale, qualità organizzativa e qualità percepita.

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

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

Nel corso del 2022 è stato effettuato un riesame sistematico dell'impianto documentale del Sistema Qualità (Procedure Generali, Istruzioni, Protocolli Operativi, PSDTA aziendali e interaziendali, Regolamenti, Moduli/Documenti aziendali, pubblicati nell'apposita Area Intranet Aziendale) in occasione della verifica di Accreditamento Istituzionale¹³⁷.

La Verifica di Accreditamento ha avuto esito positivo¹³⁸: non sono state ravvisate non conformità ma è stata segnalata un'unica raccomandazione al requisito 5.4.2 "Il consenso informato deve essere controfirmato dal professionista che esegue la prestazione, se diverso da chi ha raccolto il consenso, nel rispetto delle indicazioni fornite all'interno della PG007 – informazione e acquisizione del Consenso all'Atto Sanitario". Tale raccomandazione è stata presa in carico nella restante parte dell'anno e sarà oggetto di valutazione nel corso delle prossime verifiche.

Sono stati dichiarati i seguenti punti di forza riscontrati in sede di audit: la gestione del rischio clinico risulta ben strutturata ed è emerso un efficiente sistema di monitoraggio degli eventi avversi, near miss

¹³⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

¹³⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

¹³⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1039>

¹³⁷ Delibera n. 282-2021 del 27/05/2021 Aggiornamento composizione della Commissione Tecnica per il programma di Accreditamento Istituzionale dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo.

¹³⁸ ATTO DD 640/A1414D/2022 del 14/04/2022 Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle" sita in via Michele Coppino n. 26 a Cuneo (CN): accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 con la verifica dei requisiti previsti nella Determinazione del Direttore Sanità del 15 novembre 2017, n. 725

ed eventi sentinella; efficiente gestione del sistema documentale; presenza di numerosi progetti innovativi, tra cui si citano il passaporto culturale, il progetto di ricognizione e riconciliazione interaziendale denominato “Aiutaci a curarti”; ottima collaborazione tra i diversi livelli aziendali nella predisposizione e condivisione delle procedure.

Le linee strategiche sono proposte in accordo con le indicazioni di livello nazionale e regionale, coerentemente con i valori e i principi ispiratori aziendali, declinate per dare continuità ad attività di miglioramento continuo già sviluppate e avviare nuove azioni di miglioramento da programmare nel biennio. Sono descritte nel Piano Qualità¹³⁹ dell’anno di riferimento.

Si è proceduto a verifica annuale di conformità per il mantenimento della Certificazione ISO 9001.

Figura n. 105: Strutture certificate secondo la norma ISO 9001 sottoposte ad audit nel 2022

Struttura/Servizio	Data esecuzione audit interno	Numero NC	Raccomandazioni
Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	18/10/2022	0	7
Ematologia	08/11/2022	0	5
Medicina Nucleare	25/10/2022	0	1
Anatomia Patologica	20/10/2022	0	4
Farmacia Ospedaliera	19/10/2022	0	2

Le suddette strutture e il sistema qualità aziendale sono state sottoposti ad Audit Esterno condotto da verificatori qualificati inviati da Certiquality nelle date 17/18 novembre 2022. Dall’audit non sono emerse Non Conformità. Sono state segnalate 6 Raccomandazioni.

La FQA ha eseguito nel 2022 i seguenti audit:

- su base mensile inerente ad indicatori del Pronto Soccorso, così come indicato dalla Regione.
- clinico assistenziale ed organizzativo su base mensile inerente accessibilità ai ricoveri e alle prestazioni ambulatoriali e sviluppo del piano di recupero liste di attesa, su mandato regionale con invio su richiesta
- su dati di attività chirurgica e di ricovero inerente le sale operatorie su base mensile, tramite indicatori aziendali e regionali.

Gli audit sono pubblicati sulla intranet aziendale, nella sezione Strutture Aziendali all’interno dell’area del controllo di gestione --> audit;

- su 23 casi riferibili ad eventi avversi/sentinella;
- 2 valutazioni rispettivamente nel Blocco Operatorio Polivalente (01-02 dicembre 2022) e Blocco Operatorio Specialistico (01-05-06 dicembre) tramite analisi a priori del processo “Percorso della persona assistita in Chirurgia/Blocchi Operatori: sono state condotte;

¹³⁹

- sono state condotte verifiche in 14 strutture nel corso del 2022 in merito a stoccaggio e conservazione di medicinali e dispositivi;
- documentale: applicazione Check list in sala operatoria in cui sono stati analizzati i dati relativi a 579 procedure chirurgiche/invasive eseguite nel mese di ottobre 2022 e valutazione compilazione cartelle su cartelle cliniche di pazienti ricoverati volta a valutare consenso informato, check list degenza e verbale operatorio. Sono state verificate 85 cartelle cliniche di pazienti ricoverati in 13 strutture;
- organizzativo/ documentale sul monitoraggio-attuazione azioni previste dal piano pandemico Covid -19 aziendale.

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 la Relazione sulla 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.);
- evidenza di azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione e verifica;
- le modalità per la pianificazione delle azioni correttive in caso di mancato raggiungimento o in presenza di criticità;
- l'esito dell'attivazione dell'Organismo di Valutazione aziendale.

Come illustrato anche nella sezione del PIAO deputata alla descrizione dei monitoraggi, nel SiMiVaP e nelle relazioni attuative, molteplici sono i soggetti impegnati in Azienda in attività di controllo di primo e secondo livello ed in audit.

Nel 2022 sono state effettuate 14 ispezioni di reparto a cura del gruppo coordinato dalla SC Farmacia; nell'ambito del monitoraggio del Regolamento aziendale per i rapporti con gli informatori scientifici del farmaco e product specialist, qualora in caso di richiesta di pagamento per materiale mancante gestito con la modalità del conto deposito, viene attivata una verifica congiunta e programmata con il fornitore, dei materiali stoccati c/o i magazzini aziendali.

Con cadenza trimestrale, a partire da maggio 2022, è stato effettuato un controllo incrociato tra le dispensazioni di farmaci innovativi (NFS/Bemind/piattaforma AIFA) e quelle risultanti ad AIFA. Dopo tale check, sono state analizzate e risolte eventuali problematiche riscontrate. Ad ogni monitoraggio, è stato prodotto un report di sintesi di quanto verificato.

Il Piano integrato di Comunicazione aziendale¹⁴⁰ è lo strumento di pianificazione e integrazione delle azioni attraverso cui le Aziende rispondono alle esigenze di informazione istituzionale e di comunicazione interna ed esterna; è altresì strumento finalizzato a sostenere l'organizzazione nel raggiungimento di specifici obiettivi strategici.

La comunicazione esterna si propone, nel quadro di tutela dei cittadini stessi, di attuare un flusso di comunicazione tra l'Azienda e l'esterno rivolta ai cittadini/utenti e agli stakeholders, sia in forma diretta sia mediato dai mezzi di informazione.

Il target di riferimento per la comunicazione esterna è costituito da: rappresentanti delle istituzioni locali e territoriali e degli enti afferenti al settore sanitario e sociale, giornalisti, rappresentanti del terzo settore; dalla generalità dei cittadini e delle relative organizzazioni.

In questo contesto la strategia comunicativa aziendale mira all'implementazione e al potenziamento delle diverse forme di comunicazione per migliorare il dialogo con i cittadini, con gli stakeholders e tra gli stessi dipendenti, valorizzando ulteriormente il potenziale comunicativo rappresentato dalle diverse forme di comunicazione digitale.

Con la ripresa graduale delle normali attività sono tornate ad assumere particolare rilevanza le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra professionista/struttura e cittadino, e a

¹⁴⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=6>

promuovere una reale autonomia di scelta (empowerment) da parte di quest'ultimo, nonché a migliorare le relazioni fra l'Azienda e i portatori di interesse (stakeholder).

La campagna a favore dell'appropriatezza prescrittiva degli esami diagnostici, finanziata dalla Fondazione CRC e realizzata da apposita agenzia ne è un esempio (obiettivo n.112).

La rassegna stampa degli articoli pubblicati su quotidiani e settimanali locali è predisposta dall'Ufficio stampa aziendale, gli articoli sono inviati a tutti i Direttori di Struttura Semplice e Complessa delle due Aziende Sanitarie e rappresenta un punto di incontro tra la voce all'esterno dell'AO e la conoscibilità all'interno.

Nell'autunno 2022 è stata realizzata un'indagine rivolta ai Direttori e Responsabili di Struttura per valutare le criticità e le proposte di miglioramento dell'area intranet e internet.

La prima, come da programma e da dichiarazione dell'obiettivo aziendale di accessibilità 2022, ha attuato le prime due fasi di riordino e prevederà la continuazione, unitamente alla ridefinizione delle configurazioni del portale aziendale, nel 2023.

La SSI Comunicazione ed ufficio stampa gestisce le richieste di patrocinio e monitorizza il rispetto del Regolamento che è stato riaggiornato il 20/09/2021 ed è visualizzabile dal portale aziendale¹⁴¹. Nel 2022 sono stati concessi 13 patrocini a fronte dei 16 richiedi.

Maggior dettaglio delle attività di controllo sarà contenuto nella Relazione SiMiVaP 2022.

Non si è provveduto alla rilevazione prevista dal DFP con Circolare 2/2020 del 30.12.2019 attraverso una batteria di che non appaiono utili a rappresentare elementi di interesse per la *performance* dell'Azienda o che non siano già ricavabili da altre fonti informative.

7.3 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance, azioni intraprese e risultati raggiunti

Il livello di evoluzione del Sistema di Gestione della Performance appare consolidato nel tempo e ha raggiunto un buon grado di maturità nella pianificazione, nel monitoraggio e complessivamente nella realizzazione della performance.

L'attuale sistema di assegnazione del budget e di valutazione del raggiungimento degli obiettivi è attuato in Azienda dal 1999, con progressivi 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 variati nel tempo.

Il processo di gestione della performance si è rivelato solido anche durante l'emergenza Covid-19.

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 tramite 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, 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.

La performance organizzativa è l'insieme dei risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso o delle sue unità organizzative ed è prevalentemente espressa in termini di efficacia ed efficienza e riferita sia all'amministrazione nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative può dirsi soddisfacente.

¹⁴¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/comunicazione/richieste-di-patrocinio/>

In estrema sintesi si può dire che gli obiettivi generali, definiti a livello nazionale e regionale, siano stati raggiunti in maniera più che soddisfacente, nonostante un aumento degli obiettivi non pienamente raggiunti dalle singole strutture.

L'aumento del ricovero di pazienti, in alcuni periodi dell'anno, legati alla recrudescenza dell'epidemia Covid che ha determinato l'attivazione di aree di degenza dipartimentali con conseguente allungamento della durata della degenza, in particolare per pazienti complessi trasferiti dalle aree critiche ha inciso sul raggiungimento di alcuni obiettivi. All'epidemia Covid si è sommata anche quella influenzale con riduzione dei posti letto disponibili e del conseguente elevato numero di pazienti ricoverati in appoggio in molti reparti distribuiti sui due Presidi Ospedalieri.

Carenze nella dotazione tra la dirigenza medica in alcune specialità (es. dermatologi; senologi; anestesisti), indipendentemente dagli sforzi aziendali per la gestione efficiente del personale presente, hanno determinato un numero inferiore di slot di sala rispetto al 2019 ed alla programmazione con riduzione degli spazi operatori soprattutto per gli interventi a bassa complessità.

Come emerge sia dalla rendicontazione degli obiettivi sia dai dati di contesto, uno degli aspetti su cui si è concentrata maggiormente la Performance aziendale è stato il ripristino e miglioramento delle liste di attesa, secondo le indicazioni nazionali e regionali e le applicazioni di Area Omogenea, rispetto alla quale, in tema di aumento di ore per prestazioni di concerto con le Aziende Sanitarie CN1 e CN2 sono state individuate alcune prestazioni che potevano essere erogate da strutture private.

L'AO S. Croce e Carle di Cuneo ha redatto puntualmente le relazioni, come richiesto dalla Regione, in cui vengono descritte sinteticamente le azioni messe in essere per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e per il recupero delle prestazioni di screening oncologici.

Alla luce della D.G.R. n. 22 – 3690 del 06.08.2021 relativa all'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa con le quali si sono previste, ai sensi dell'art. 29 del D.L. 14.08.2020, n. 104 e del D.L. 25.05.2021 n. 73, così come modificato dalla legge di conversione 13.10.2020 n. 126 e 23.07.2021 n. 106, l'AO S. Croce e Carle di Cuneo, coordinandosi a livello di Area Omogenea Piemonte Sud Ovest, ha fatto ricorso alle prestazioni aggiuntive e a forme di reclutamento tra cui il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a medici specialisti, a medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, anche ove non collocati nelle graduatorie concorsuali e a medici collocati in quiescenza.

Come emerge dalla Relazione riepilogativa allegata l'obiettivo 4.1 Recupero delle prestazioni di Ricovero e relativi sub obiettivi che vengono autovalutati raggiunti, nell'anno 2022, a partire dal mese di aprile termine dell'ultima ondata pandemica da Covid-19, la produzione relativa all'attività di ricovero si è attestata all'88% di quella antecedente all'emergenza pandemica dell'anno 2019.

Il risultato raggiunto deriva dalla realizzazione delle azioni previste dal Piano Aziendale di Recupero Liste di Attesa nell'ambito degli interventi previsti (prolungamento delle sedute operatorie nelle ore pomeridiane e nella giornata del sabato, utilizzo di risorse aggiuntive, efficientamento del percorso chirurgico).

Lo scostamento rispetto all'atteso è stato determinato principalmente dai seguenti fattori:

- l'evoluzione continuativa della pandemia anche nel corso del 2022 che ha determinato la proroga dell'applicazione delle norme inerenti il distanziamento con conseguente contrazione significativa dei posti letto, in particolar modo in area chirurgica (diminuzione complessiva di circa 90 posti letto);
- il volume di attività di Sala Operatoria correlato principalmente all'oggettiva difficoltà di reperire personale medico anestesista, nonostante siano state attivate tutte le tipologie di procedure selettive finalizzate ad assunzioni a tempo indeterminato, determinato o con incarico di lavoro autonomo.

In riferimento al Piano Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa relative a prestazioni di ricovero il fabbisogno stimato per l'annualità 2022, secondo le indicazioni contenute nella DGR 4-4878 del 14.04.2022 e s.m.i., è stato calcolato in 1200 interventi chirurgici da eseguire tramite l'utilizzo di risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (pari al 20% del totale di pazienti inseriti per classe di complessità e priorità al 31.12.2021).

Al 31.12.2022 risultano eseguiti, a partire dal mese di aprile, 920 interventi chirurgici oggetto di monitoraggio nazionale e regionale e indicati nel Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa.

Ad agosto il monitoraggio regionale rilevava un raggiungimento del 99,6% della copertura sulle visite ambulatoriali, ben al di sopra della media regionale; del 78% per gli interventi chirurgici e il 99,14% sui ricoveri contro una media regionale del 94%, anche se le attese sono ancora lunghe. Di problemi ne rimangono ma i volumi di attività in sala operatoria è raddoppiato, così come il numero delle visite, aumentando il personale e il lavoro: orari dilatati al pomeriggio, sedute extra di sala operatoria, ambulatori estesi al sabato mattina, rispondendo alla Regione che chiedeva di arrivare ai numeri del 2019 e aumentarli entro fine anno del 9% per gli ambulatori e del 3% dei ricoveri. Si sono effettuate sedute in più sui cinque interventi con liste più lunghe, ovvero ernie, emorroidi, colicisti, varici e cataratte.

L'ampliamento pomeridiano degli orari ha fatto sì che il Centro Unico regionale di Prenotazione inviasse spesso a Cuneo per esami diagnostici di alta specializzazione anche molti pazienti torinesi e di altre parti del Piemonte, che si sono aggiunti a quelli di tutta quanta la provincia di Cuneo. I cittadini utenti cuneesi e della provincia si sono accorti solo in parte di questo enorme lavoro, perché si sono date prima risposte soprattutto a chi è in classe B, che sono le visite più urgenti, rallentando su classi D (a 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici) e P (programmate a 120 giorni).

L'ospedale di Cuneo ha usato fino a fine luglio tutte le risorse dei finanziamenti regionali extra.

Dal mese di agosto si è proceduto all'utilizzo delle risorse assegnate con DGR 4-4878 del 14 aprile 2022 all'ASLCN1 e ripartite con accordo fra le due Aziende (deliberazione n. 339-2022 del 14.07.2022 "Presa d'atto deliberazione dell'ASL CN1 n. 127 del 29.04.2022 "spesa programmata 2022 – fondo recupero liste attesa di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022", che si affida sia alle aziende ospedaliere pubbliche che al privato accreditato) come rendicontato per il raggiungimento dell'obiettivo n. 4.1.3 assegnato al Direttore Generale.

Anche il risultato per il ri-allineamento delle prestazioni di screening è positivo, come rendicontato per l'obiettivo 2022 del Direttore Generale n. 4.2.

In accordo con l'ASL CN1 e l'ASL CN2, con il sostegno della Fondazione CRC è proseguito il progetto nell'ambito della digitalizzazione in sanità inerente lo sviluppo della telemedicina. Tale progetto avrà durata triennale 2021-2024 e prevede quale obiettivo quello di contribuire allo sviluppo e all'implementazione della telemedicina e della teleassistenza nella Provincia di Cuneo.

Il Referente regionale per il Progetto di Telemedicina aziendale coincide con il Responsabile della Struttura Controllo di Gestione.

Figura n106: Prestazioni erogate in Telemedicina nel 2022.

		Anno	2022	2022	2022
Branca	Cod. nomenclatore	Descrizione	Casi/Pazienti	N. Prest.	Valore tariffario
Totale			2123	3746	53.712,60
08 CARDIOLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	2	2	25,80
08 CARDIOLOGIA	89.50.2	CONTROLLO IN REMOTO DI PAZIENTI PORTATORI DI PACEMAKER, DEFIBRILLATORE, LOOP RECORDER E CCM (ciclo di 4 controlli/Anno)	185	198	4.593,60
13 CHIRURGIA TORACICA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	1	2	25,80
13 CHIRURGIA TORACICA	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	2	3	62,10
18 EMATOLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	11	12	154,80
19 ENDOCRINOLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	269	318	4.102,20
19 ENDOCRINOLOGIA	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	21	23	476,10
20 IMMUNOLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	1	1	12,90
21 GERIATRIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	8	8	103,20

21 GERIATRIA	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	2	2	93,00
26 MEDICINA GENERALE	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	19	19	245,10
26 MEDICINA GENERALE	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	6	6	124,20
29 NEFROLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	83	83	1.070,70
30 NEUROCHIRURGIA	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	1	1	20,70
32 NEUROLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	2	2	25,80
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	94.09.1	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA	7	7	156,10
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO	10	10	223,00
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	4	4	51,60
39 PEDIATRIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	22	22	283,80
43 UROLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	112	117	1.509,30
43 UROLOGIA	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	4	4	186,00
43 UROLOGIA	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	3	3	62,10
64 ONCOLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	21	32	412,80
64 ONCOLOGIA	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	5	5	103,50
64 ONCOLOGIA	89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS), DI INDIRIZZO E SUPPORTO AL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO.	12	12	480,00
64 ONCOLOGIA	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	1	1	46,50
69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	2	2	41,40
71 REUMATOLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	19	19	245,10
71 REUMATOLOGIA	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	63	65	1.345,50
79 DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	300	582	7.507,80
79 DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	125	126	2.608,20
79 DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	99.93	TERAPIA DIETETICA	72	72	856,80
79 DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	99.93.1	CONTROLLO TERAPIA DIETETICA	321	513	4.617,00
82 ANESTESIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	464	1051	13.557,90
85 DIABETOLOGIA	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	74	106	1.367,40
85 DIABETOLOGIA	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	2	2	80,00
85 DIABETOLOGIA	89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS), DI INDIRIZZO E SUPPORTO AL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO.	88	133	5.320,00
85 DIABETOLOGIA	89.7	PRIMA VISITA GENERALE	4	4	82,80
85 DIABETOLOGIA	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	59	98	1.097,60
99 BRANCA GENERICA	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	50	76	334,40

7.4 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Nonostante gli sforzi profusi permangono criticità relative ai tempi di attesa rispetto alle quali, in assenza di modifiche sostanziali indipendenti dall'AO, è difficile concretizzare maggiori margini di successo.

Nell'ottica di un costante miglioramento della performance si ritiene di attenzionare alcuni esiti degli indicatori contenuti nel PNE tra cui ad esempio quello relativo alla mortalità dopo ictus ischemico e scompenso cardiaco.

La gestione del rischio deve contribuire alla generazione di Valore Pubblico, inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità di riferimento delle PA, mediante la riduzione del rischio di erosione del Valore Pubblico a seguito di qualsiasi fenomeno prevedibile che l'organizzazione riesca a mappare.

La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali e, in particolare, dei processi di programmazione, controllo e valutazione. Occorrerà garantire sempre più una sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio aziendale e il ciclo di gestione della performance cercando di rendere maggiormente evidenti i collegamenti tra i sistemi ad oggi coesistenti.

Figura n. 107: Riassunto sistemi principali sistemi di gestione del rischio aziendale

Ambito rischio	Rischi principali	Riferimento	Documenti di monitoraggio
-amministrativo/normativo (di compliance)	non conoscenza delle norme da applicare; violazione delle norme, con particolare attenzione al Data security/privacy	PAAT SCI Legale	-
-clinico	non corretta applicazione delle LL.GG	Gruppo di lavoro aziendale per la gestione della funzione Risk Management UGRC	Relazione annuale
-corruttivo (corruzione e mancata trasparenza e integrità, riciclaggio e fronde, a tutti i livelli, anche informatica)		RPCT	Relazione annuale (entro 31.01 ANAC, al 30.06 per Relazione sulla Performance)
-discriminatorio		CUG	Relazione annuale (entro 31.03.2023)
-economico/contabile		Bilancio e contabilità Collegio Sindacale	Relazione sulla certificabilità del Bilancio
-di non qualità dei servizi		Funzione Qualità e Accredimento PAAT DSP-Referente Umanizzazione	Riesame della Direzione
-sicurezza intesa come protezione psico-fisica dei dipendenti e di tutti coloro che hanno accesso alle sedi (Legge 81 e ss.mm.ii)		SPP MC	Documentazione di valutazione del rischio ex Legge 81 Valutazione rischio infortunio
-sicurezza informatica/trattamento dati		DPO Gruppo privacy	Relazioni semestrali
- mancato raggiungimento performance e dunque di non realizzazione adeguata della mission/valore pubblico		CdG OIV	Relazione sulla Performance (entro 30.06.2023)
-reputazionale		SSI Comunicazione	-

Successivamente si valuterà se sarà possibile individuare un modello tecnico di riferimento per la descrizione della produzione di Valore pubblico.

L'OIV suggerisce di non assegnare nuovamente obiettivi alle strutture per l'anno 2023 in caso di non valutabilità dei dati (es. contenimento spesa farmaci L che devono in ogni caso essere forniti ai pazienti).

Nell'annualità di budget 2023, in attesa dell'assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale, sono stati riproposti alcuni obiettivi da consolidare o non raggiunti nel 2022 ma ritenuti sostanziali. Rimane prevalentemente l'investimento sulle aree organizzative e di appropriatezza, pur nella salvaguardia dell'equilibrio economico e dell'abbattimento delle liste di attesa.

8 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.

Nella formazione al Codice di comportamento viene sempre fatto esplicitamente riferimento ai documenti previsti dal Ciclo della performance di interesse dei dipendenti.

9 RIFERIMENTI E DOCUMENTI CORRELATI

- Linee Guida per la Relazione annuale sulla Performance, n. 3 novembre 2018 emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della Performance
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e ss.mm.ii
- D.lgs 74/2017
- Linee Guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche n.4/novembre 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica- Ufficio per la valutazione della Performance
- Linee Guida per la misurazione e valutazione della performance individuale n.5/dicembre 2019¹⁴² della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica- Ufficio per la valutazione della Performance
- Delibera n. 4/2012 Linee guida relative alla redazione della Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (art. 14, comma 4, lettera a e lettera g del D. Lgs. n. 150/2009)
- Decreto 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 e vigente al 22-9-2022

10 ALLEGATI

- Contesto esterno 2022
- Relazione riepilogativa raggiungimento Obiettivi Direttore Generale anno 2022
- Relazione annuale ANAC¹⁴³
- Analisi segnalazioni dei cittadini anno 2022¹⁴⁴
- Relazione attuazione PAP 2022 a cura del CUG¹⁴⁵;
- Raggiungimenti obiettivi 2022
- Delibera Valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget – anno 2022.
- Relazione antiriciclaggio 2022¹⁴⁶

¹⁴²

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

¹⁴³ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/altri_contenuti/prevenzione_della_corruzione/

¹⁴⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio_relazioni_con_il_pubblico/indagini_di_soddisfazione/

¹⁴⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1008>

¹⁴⁶ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/altri_contenuti/dati_ulteriori/

- Relazione Trasparenza 2022
- Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi 2022¹⁴⁷