



AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE CUNEO

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

Deliberazione del Direttore generale

N. 4 / 2025 del 16/01/2025

OGGETTO: AGGIORNAMENTO PIANO DELLE ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025 DELL'AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE DI CUNEO.

Presso la sede amministrativa dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle – Ufficio del Direttore Generale in Cuneo, corso C. Brunet n. 19/A,

Il Direttore Generale

(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 22-8053/2023/XI del 29 dicembre 2023)

Su conforme proposta del Direttore/Responsabile della Struttura Semplice Controllo di Gestione, che attesta la legittimità e la regolarità sostanziale e formale di quanto di seguito indicato:

- premesso che l'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, convertito nella Legge n. 113/2021, ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, di seguito denominato PIAO;
- considerato che l'Azienda S. Croce e Carle di Cuneo, in quanto pubblica amministrazione con più di cinquanta dipendenti, è tenuta alla redazione del PIAO, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n.190;
- preso atto che il PIAO, secondo l'art. 6 del D.Lgs 80/2021, ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:
 - a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;



- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) le procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;
- visto il Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” pubblicato nella GU n. 209 del 7 settembre 2022, che ha definito il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, a cui tutte le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti devono conformare il documento alla struttura e alle modalità redazionali indicate nell'atto legislativo, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del suddetto decreto;
 - valutata la necessità di costituire specifico gruppo di lavoro che si occupi della redazione del PIAO, composto dalle figure che, per ruolo e professionalità, possano fornire i contributi richiesti dallo schema tipo;
 - ritenuto quindi di confermare il Gruppo Aziendale PIAO così come definito dalla Delibera n.322 del 30.06.2022, nella seguente composizione:



- Guano dott. Gianluigi Responsabile S.S. Controllo di Gestione; referente Comitato Budget; RPCT con funzione di Coordinatore del Gruppo Aziendale PIAO;
 - Ruatta dott.ssa Luisa, Responsabile S.S. Amministrazione del Personale e Responsabile f.f. S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori;
 - Somale dott.ssa Nadia, Presidente Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) e Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- reso noto che il suddetto gruppo può avvalersi di tutte le figure e le professionalità necessarie alla raccolta dei dati utili alla redazione ed al monitoraggio del PIAO, le quali devono collaborare con la massima disponibilità;
- visto che in data 6 dicembre 2024 la bozza del PIAO 2025 è stata pubblicata nell’area intranet dell’Azienda Ospedaliera e nell’area web Amministrazione Trasparente, nonché trasmessa specificamente alle OO.SS. ed all’OIV, con invito a trasmettere eventuali proposte od osservazioni da parte di tutti i soggetti interessati entro il termine del 31 dicembre 2024;
- considerato che gli esiti della Consultazione pubblica sono stati esaminati dal gruppo di lavoro aziendale, recepiti nella versione definitiva del PIAO 2025 sottoposto alla Direzione Aziendale per l’approvazione definitiva;
- atteso che non risulta pervenuto alcun rilievo da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione che ne ha dato approvazione in data 10 gennaio 2025;
- acquisito il parere favorevole del direttore sanitario e del direttore amministrativo, ai sensi dell'articolo 3, comma 1-quinquies e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

DELIBERA

- 1) di richiamare la sopra estesa premessa a far parte integrante e sostanziale del presente dispositivo, costituendone la motivazione ai sensi dell’articolo 3 della legge 7 agosto 1990, n. 241 s.m.i. “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- 2) di confermare il Gruppo Aziendale PIAO incaricato delle precedenti stesure del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, di seguito denominato PIAO, composto dai seguenti professionisti aziendali:
 - Guano dott. Gianluigi Responsabile S.S. Controllo di Gestione; referente Comitato Budget; RPCT con funzione di Coordinatore del Gruppo Aziendale PIAO;



- Ruatta dott.ssa Luisa, Responsabile S.S. Amministrazione del Personale e Responsabile f.f. S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori;
 - Somale dott.ssa Nadia, Presidente Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) e Funzione Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- 3) di approvare il PIAO 2025 che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
 - 4) di pubblicare il PIAO 2025 nel proprio sito internet istituzionale;
 - 5) di pubblicare il PIAO 2025 sul portale indicato dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
 - 6) di dichiarare la presente delibera immediatamente eseguibile, vista la scadenza prevista dalla normativa per l'adozione del PIAO al 31 gennaio.
 - 7) di precisare che il presente provvedimento non comporta onere di spesa alcuno a carico del Bilancio dell'Azienda Ospedaliera.

Il Direttore generale
Tranchida dott. Livio
Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n 82/2005 e s.m.i.



Struttura Proponente: STRUTTURA SEMPLICE CONTROLLO DI GESTIONE

Proposta Numero : 59 Anno: 2025

Sottoscritta digitalmente dal Responsabile della Struttura Semplice Controllo di Gestione, Guano dr. Gianluigi, in data 10/01/2025

Acquisiti i seguenti pareri, ai sensi dell'articolo 3, comma 1-quinques e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i.:

Direttore sanitario Angelone dr. Lorenzo	Direttore amministrativo Rinaldi dott. Giorgio
☒ FAVOREVOLE	☒ FAVOREVOLE
☐ CONTRARIO	☐ CONTRARIO
in data 16 gennaio 2025	in data 14 gennaio 2025
sulla proposta di delibera n. 59 del 10/01/2025	sulla proposta di delibera n. 59 del 10/01/2025

Allegato PIAO 2025 Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 PIAO_2025-2027_ver 25.pdf - Firmatario

-
0F2EE7A7B87A865FD1B8AD7A018C16A5CF0AC39D87E35FDD793430AE09949A5E5CD0A6CFDE1443337A87
95FDEFB0B6A2964593D4E52F082F249C8635187CD9D1

Regione Piemonte  AO S. Croce e Carle - Cuneo	PIAO 2025 Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027	Data di emissione: 10 01.2025 Rev. 0
Stesura Gruppo di lavoro: Gianluigi Guano Giorgio Rinaldi Luisa Ruatta Nadia Somale	Verifica e approvazione Direttore Generale Livio Tranchida	Emissione e pubblicazione Responsabile Controllo di Gestione: Gianluigi Guano

Sommario

Premessa	2
Sezione 1 Scheda anagrafica dell'amministrazione	5
Sezione 2 Valore pubblico, performance e anticorruzione	20
Sottosezione di programmazione: Valore pubblico	20
Sottosezione di programmazione: Performance.....	26
Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza.....	42
Sezione 3 Organizzazione e capitale umano	59
Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa.....	59
Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile.....	68
Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	68
Sezione 4 Monitoraggio	89
Documenti correlati	93
Riferimenti	94
Allegati	95
Lista di distribuzione	95

Precisazione per la lettura:

all'interno di questo documento, laddove non sia possibile utilizzare forme collettive, l'uso del maschile viene impiegato con valenza "neutra", inclusiva e declinato al singolare a prescindere dal genere della persona.

Premessa

Riferimenti normativi e obiettivi

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

Il PIAO ha l'obiettivo di:

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

Il DPR n. 81 del 24 giugno 2022 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato in GU n.151 del 30-6-2022 e vigente al 15-7-2022 ha chiarito¹ come non possano più essere considerati da alimentare i precedenti documenti di pianificazione:

- Piano dei fabbisogni di personale, di cui all'art. 6, commi 1, 4, 6, e art. 6-ter del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Piano delle azioni concrete, di cui all'art. 60 bis, comma 2, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, di cui all'art. 2, comma 594, lett. a) della legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- Piano della performance, di cui all'art. 10, comma 1, lett. a) e comma 1 ter del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui all'art. 1, commi 5, lett. a) e 60, lett. a) della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Piano organizzativo del lavoro agile, di cui all'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124;
- Piano di azioni positive, di cui all'art. 48, comma 1, del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

Il Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 ha definito il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Il PIAO è riferimento essenziale anche per i requisiti di Accreditamento Istituzionale previsti dalla Regione Piemonte: è infatti il documento che descrive:

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

I documenti di monitoraggio del PIAO contengono:

- l'evidenza della messa in atto del/dei programma/i
- la pianificazione delle azioni correttive in caso di mancato raggiungimento e in presenza di criticità
- l'esito dell'attivazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Arco temporale

L'arco temporale di riferimento della pianificazione è triennale; il presente aggiornamento si focalizza sull'anno 2025.

Redazione del PIAO

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

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

Nell'allegato Terminologia, acronimi e sigle sono contenute le sigle di maggior utilizzo nei documenti aziendali. Tale documento viene progressivamente alimentato con gli allegati che si renderanno necessari e che ne attestano il graduale avanzamento e l'attuazione.

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

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

³ art 7 DPR n. 132 del 30.06.2022

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

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

Il PIAO⁶, elaborato ai sensi del decreto 30.06.2022, è coerente con i documenti di programmazione finanziaria. L'art. 2, comma 2 del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, convertito in Legge n. 113/2021, pubblicato in data 30 giugno 2022, ha escluso dal PIAO tutti gli adempimenti di carattere finanziario non contenuti nell'elenco di cui all'articolo 6, comma 2, lettere da a) a g), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80. Ritenendo inscindibili gli aspetti economici da quelli di programmazione previsti dal PIAO, l'Azienda gestisce la valutazione delle risorse complessive per raggiungere gli obiettivi e condurre le diverse attività ed il monitoraggio del consumo delle stesse in maniera integrata e complessiva.

Il coinvolgimento degli stakeholder

I soggetti maggiormente coinvolti nelle diverse fasi di adozione e monitoraggio del PIAO sono:

- la Direzione aziendale: Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- il Collegio di Direzione;
- i Direttori, i Responsabili ed i Referenti da questi individuati nelle Strutture maggiormente coinvolte nella valutazione del rischio corruttivo e negli adempimenti relativi alla trasparenza;
- il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RSA);
- la Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione;
- il gestore delle segnalazioni per l'antiriciclaggio (Referente antiriciclaggio);
- il Responsabile della transizione digitale (RTD);
- la Data Protection Officer (DPO);
- il Referente unico aziendale PNRR - missione 6
- la Conferenza di Partecipazione;
- il Comitato Unico di Garanzia (CUG)
- la Funzione Qualità ed Accreditamento (FQA).

Il Collegio Sindacale interviene nel momento in cui il documento viene acquisito con apposito provvedimento.

Nel mese di novembre si è provveduto ad una prima richiesta ufficiale di dati e proposte, indirizzata ai Responsabili delle strutture maggiormente coinvolte e livello centrale nella pianificazione delle azioni più significative per il raggiungimento dei macro-obiettivi connessi, da un lato, al mandato del Direttore Generale e dall'altro alle linee di azione prevedibili in questa parte dell'anno.

Nella seduta dell'OIV del 17.10.2024 il referente PIAO, contemporaneamente Responsabile della Struttura Controllo di Gestione e RPCT, ha illustrato i passaggi che l'Azienda intenderà compiere per la redazione del PIAO 2025 e per il monitoraggio, ottenendone parere favorevole.

Nella riunione del 5 dicembre si sono illustrate all'OIV le macro aree per la definizione degli obiettivi di budget 2025, le modalità previste e l'avvio della consultazione del PIAO 2025.

Adozione del PIAO

La bozza del PIAO composta con le informazioni pervenute a fine novembre 2024, inserite secondo l'adattamento dello Schema tipo, analizzata con la Direzione Generale è stata posta in consultazione sul sito internet e intranet aziendale dal 6.12.2024 al 31.12.2024. Le osservazioni pervenute durante il periodo di consultazione sono state raccolte ed analizzate dal gruppo di lavoro, laddove accolte in quanto sostanziali o perché aggiunte di nuovi elementi. Sono state inserite ed integrate nel testo. La versione definitiva, approvata dalla Direzione, è stata sottoposta all'OIV.

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

Le attività previste dalla normativa vigente⁹ sono svolte dall'AO nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili.

Come previsto dal DFP il Piano viene pubblicato contestualmente all'adozione del provvedimento sul Portale PIAO¹⁰.

⁶ art. 8 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁷ art. 11 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁸ art. 10 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁹ art. 14 del DPR n. 132 del 30.06.2022

¹⁰ <https://www.piao.dfp.gov.it>

In assenza di specifiche indicazioni sulla sezione di Amministrazione Trasparente del portale aziendale in cui debba essere pubblicato si decide di radicarlo nell'area Performance e di linkare¹¹ da questa a tutte le sezioni a cui si riferiscono le sottosezioni che sostituiscono i documenti precedentemente in uso (Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; Organizzazione/Articolazione degli uffici/Cug; Disposizioni generali) al fine di facilitarne il reperimento anche attraverso la comune funzione generalista "cerca" accessibile da tutte le pagine del portale.

Modifiche al PIAO

Il PIAO adottato verrà progressivamente implementato con allegati e link che ne sostanziano e documentano la progressiva attuazione, anche al fine di ottimizzare le informazioni da utilizzare per il monitoraggio.

Il presente documento potrà essere aggiornato in caso di variazioni sostanziali all'organizzazione ed ai meccanismi di gestione qui descritti.

¹¹ art. 9 del D.lgs. 33/2013

Sezione 1 Scheda anagrafica dell'amministrazione

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

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

Informazioni dettagliate sono reperibili sul sito web aziendale¹², nelle Pubblicazioni per il cittadino¹³ a partire dalla Carta dei Servizi¹⁴ e in Amministrazione Trasparente¹⁵.

L'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle:

- è attiva dal 1 gennaio 1995, deriva dall'unificazione e aziendalizzazione dei due presidi ospedalieri della ex-U.S.S.L. 58 di Cuneo, l'Ospedale Civile S. Croce, posto nel centro cittadino di Cuneo e l'Ospedale Pneumologico Antonio Carle, situato nella frazione Confreria. Costituiscono ulteriori dislocazioni operative dell'Azienda le sedi amministrative di Corso Brunet 19 A in Cuneo, in cui sono collocati gli uffici di Direzione e la maggior parte delle strutture tecniche ed amministrative e la sede della Direzione Sanitaria di Presidio e altri uffici in Via Monte Zovetto 18 in Cuneo;
- ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 1- bis del D.lgs. n. 229/1999, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale con D.P.G.R. 29.12.1994 n. 5533. È Ente di rilievo nazionale e di alta specializzazione ai sensi del D.P.C.M. 23.04.1993;
- è inserita nel Sistema Sanitario della Regione Piemonte, come confermato dalla Deliberazione del Consiglio Regionale 22 ottobre 2007, n. 136-39452;
- svolge ruolo di presidio di base per i cittadini residenti nel Distretto di Cuneo, in stretta correlazione con i servizi territoriali;
- è ospedale HUB nell'ambito dell'Area Omogenea del Piemonte Sud Ovest e della Rete di emergenza-urgenza ed è sede di DEA II livello;
- eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero in area medica e in area chirurgica, in elezione e in urgenza, in regime di ricovero ordinario e di day hospital/day surgery e ambulatoriale;
- con DGR n. 51-2485 del 23/11/2015 s.m.i., l'Azienda è stata individuata come Centro di Riferimento regionale per le seguenti patologie oncologiche: tumore della mammella, tumore del colon retto, tumori dello stomaco, tumori dell'esofago, tumori del pancreas e delle vie biliari, tumori del fegato, tumori ginecologici (Gruppi Interdisciplinari di cura = GIC unico interaziendale), tumori cutanei, tumori toraco-polmonari, tumori della testa e del collo, tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine, tumori urologici, tumori del sistema nervoso, tumori ematologici (leucemie acute, linfomi, mielomi, disordini linfoproliferativi cronici, sindromi mielodisplastiche). Vengono effettuate circa 1700 visita all'anno dal Centro Accoglienza Servizi (CAS) e 3800 dai GIC;
- alcune Strutture, servizi o funzioni rappresentano specialità uniche o di riferimento in ambito provinciale: Anestesia e Terapia Intensiva Cardio-Toraco-Vascolare, Cardiochirurgia, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Ematologia, Malattie Infettive e Tropicali, Neuroradiologia, Medicina Nucleare, Neurochirurgia, Radiologia Interventistica, Terapia Intensiva Neonatale.
- La Deliberazione della Giunta Regionale 7 ottobre 2022, n. 19-5756¹⁶, previa verifica della coerenza alla programmazione regionale e alla normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione aziendale e con

¹² www.ospedale.cuneo.it

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

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

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

¹⁶ Atti aziendali delle AA.SS.RR – A.O. S. Croce e Carle di Cuneo – Atto n. 394-2022 del 12/08/2022 “ Aggiornamento Atto Aziendale ex art. 3, comma 1bis, D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i. Modifica deliberazione n. 611 del 22.10.2015 e s.m.i.”. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par. 5.1.

gli atti aziendali delle AA.SS.RR. del medesimo ambito territoriale sovra zonale, ha approvato l'Aggiornamento dell'Atto Aziendale ex art. 3, comma 1bis, D.lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i. Modifica deliberazione n. 611 del 22.10.2015 e s.m.i.", così come trasmesso in data 12/08/2022.

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

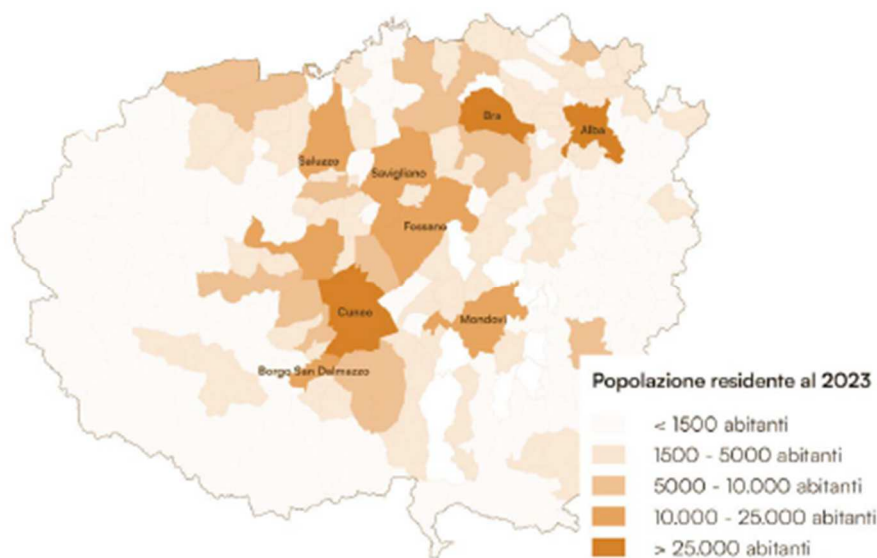
Con deliberazione della Giunta regionale n. 22-8053/2023/XI del 29 dicembre 2023 è stato nominato, per un triennio, l'attuale Direttore Generale¹⁸, il quale ha nominato il Direttore Sanitario¹⁹ e riconfermato il Direttore Amministrativo²⁰. Il Direttore Generale è stato riconfermato a fine dicembre 2024. Nei prossimi mesi lo stesso provvederà a riesaminare l'Atto Aziendale e l'organigramma.

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

Sintesi dei maggiori dati di contesto esterno di riferimento

La provincia di Cuneo, con 582.194 abitanti, è la seconda provincia del Piemonte, dopo la Città Metropolitana di Torino, delimita una superficie di oltre 6.900 km² (la quarta italiana e la più grande del Piemonte). La densità media della provincia di Cuneo è pari a 84 abitanti per kmq, dato molto inferiore alla media piemontese di 167 abitanti per kmq e a quella italiana di 195 abitanti per kmq²¹. La provincia di Cuneo, allargandosi sui paesaggi variegati delle Alpi e delle Langhe, presenta una distribuzione demografica che riflette la sua complessità territoriale: seppure il territorio sia composto per il 51% da montagna, per il 27% da collina e per il 23% da pianura, oltre il 50% della popolazione si concentra nella valle del fiume Stura, tra Borgo San Dalmazzo, Cuneo e le città nord-orientali di Bra e Alba (Fig. 5). Un dato ancora più interessante mostra la densità di popolazione sul territorio per sezioni censuarie: il territorio è molto poco denso di abitanti, soprattutto nella zona sudovest, dove la media è notevolmente inferiore ai 500 ab/kmq. Nel resto della provincia la densità di popolazione è molto disomogenea ed è presente una concentrazione abitativa prevalentemente nei principali centri urbani menzionati in precedenza, dove nelle aree centrali può raggiungere anche i 45.000 abitanti per kmq.

Figura 2 Popolazione residente a fine 2023 (Fonte: ISTAT)



Insieme alla bassa densità di popolazione, la provincia di Cuneo condivide con il resto del Piemonte il "primato amministrativo" dato dal numero di comuni che la costituiscono: con 247 comuni è, infatti, seconda in Italia dietro solo alla Città Metropolitana di Torino e di gran lunga superiore al resto delle prime dieci province più estese. Queste realtà sono in media molto piccole: il 50% dei comuni ha meno di 800 abitanti, solo nove hanno una popolazione superiore ai 10.000 e soltanto il capoluogo supera i 50.000 (56.008 al 01/01/2024). Si evidenzia, quindi, una prevalenza

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

¹⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

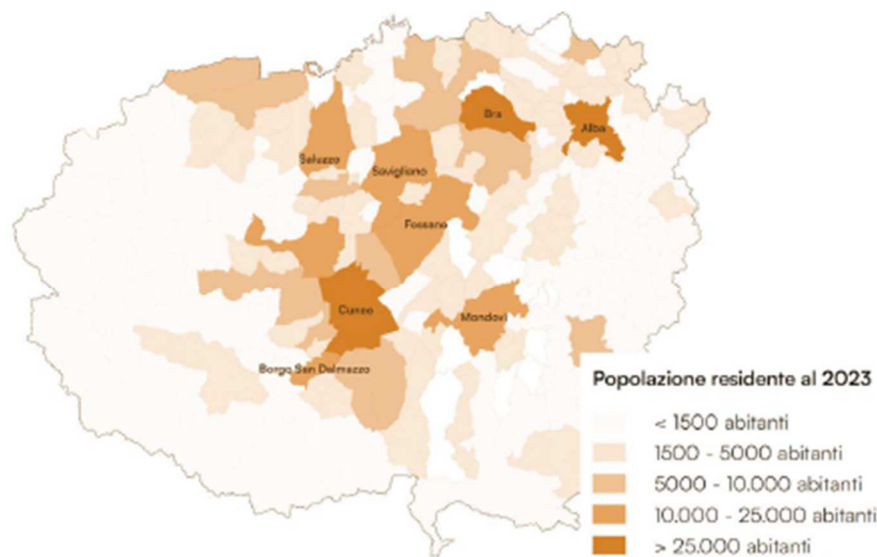
¹⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-sanitario/>

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

²¹ Fonte: Direzione futuro. Quaderno n. 47 Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, settembre 2024

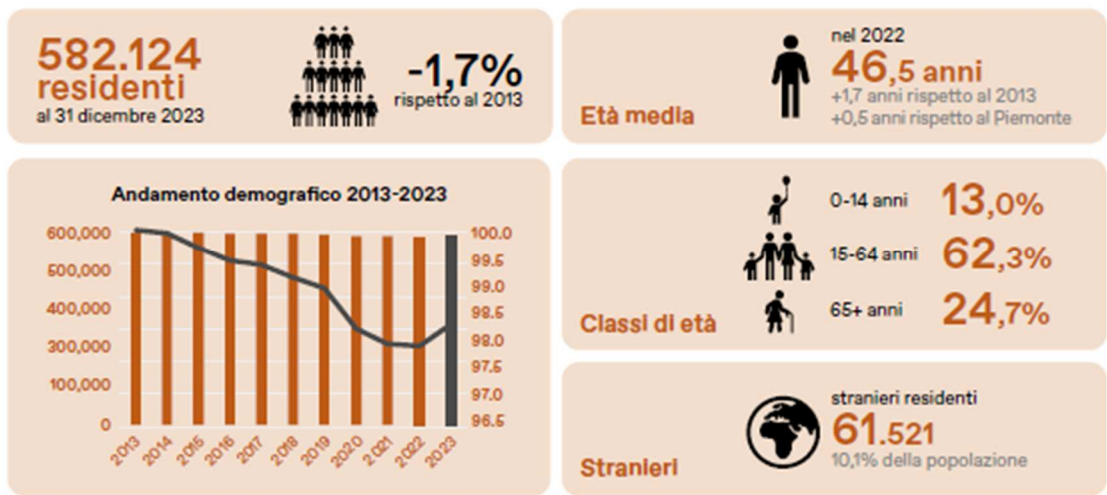
di comunità più piccole e una distribuzione più sparsa sul territorio. Questa varietà riflette le sfumature geografiche e socio economiche della provincia di Cuneo.

Figura 3 Densità di popolazione a fine 2023 (Fonte: ISTAT)



Anche in prospettiva l'indicatore della popolazione eserciterà un'ulteriore pressione sul grado di rarefazione della comunità provinciale poiché, come il resto del Paese, la provincia di Cuneo conosce un trend demografico in decrescita dal 2013, evidenziando un tasso annuo di -0,21%, reso tenue solo da un tasso di natalità e un saldo migratorio superiore alla media nazionale. L'età media della popolazione si attesta a 46,5 anni al 2022 e l'indice di vecchiaia (ossia il rapporto fra la popolazione anziana di più di 65 anni e la popolazione giovane tra 0 e 14 anni) è pari a 190 al 2022 ed è previsto salire fino a 234 nel 2030. Questi indici sono inferiori rispetto alla media regionale, ma del tutto in linea con quella nazionale ed evidenziano come la provincia (così come il resto della nazione) si troverà a dover fronteggiare un invecchiamento demografico marcato, con implicazioni per i servizi sociali e sanitari.

Figura 4 Indici demografici della Provincia di Cuneo a fine 2023 (Fonte: Quaderno 47 Fondazione CRC)



L'economia del territorio è rivolta soprattutto ai servizi, all'agricoltura e al commercio, ma in alcune aree sono presenti importanti insediamenti industriali. Dal punto di vista socio-economico, il tasso di attività è un indice che misura il livello di occupazione in una determinata area. È dato dal rapporto tra la popolazione attiva (forze di lavoro) e la popolazione in età lavorativa. Nel cuneese il tasso di attività, rapportato alla popolazione 15-64enne, è del 73% circa, più elevato rispetto a quello regionale di un punto percentuali e superiore di 6 punti percentuali rispetto al dato nazionale

Tabella 5 Tasso di attività in ASLCN1 –anno 2023 (Fonte: Piano Locale di Prevenzione 2024)

Area	Forze di lavoro (in migliaia)			Tasso di attività 15-64 anni (%)		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Cuneo	152	118	271	79,9	65,2	72,7
Piemonte	1059	859	1909	78,6	64,6	71,6
Italia	14579	10947	25527	75,7	57,7	66,7

La disparità nella distribuzione della ricchezza ha un impatto rilevante sulle opportunità di accesso ai servizi e sulle capacità di spesa delle persone. Secondo i dati della Camera di Commercio di Cuneo, nel 2023 la provincia ha registrato il valore aggiunto pro capite più elevato tra le province piemontesi, con 34.265 euro, superiore alla media regionale di 32.840 euro e in crescita del 6% rispetto all'anno precedente. Il tasso di occupazione dal 2022 ha subito un rallentamento passando dal 70,3 al 70% del 2023, sebbene sia 3 punti percentuali superiore alla media regionale e 8,5 punti sopra a quella italiana. Il tasso di disoccupazione della provincia è del 3,7%, significativamente inferiore alla media regionale del 6,3% e a quella nazionale del 7,8%.

Secondo i dati provenienti dal Rapporto Cuneo 2024 curato dalla Camera di Commercio, nel 2023 in provincia si contavano oltre 261.000 addetti alle imprese, distribuiti in circa 65.000 aziende. Circa il 64% di esse è una microimpresa (0-1 dipendente), il 26% è una piccola impresa (2-5 dipendenti), mentre soltanto il 2% ha oltre 250 dipendenti. Questa distribuzione per classe dimensionale rispecchia a grandi linee il dato regionale e nazionale, caratterizzato da un'atomizzazione delle imprese che, per la maggior parte dei casi, sono costituite da partita IVA individuali. I settori preminenti includono l'agricoltura, con il 28%, il commercio, con il 17%, e le costruzioni, con il 14%. È da notare che negli ultimi anni, a parità di addetti, è diminuito il numero di imprese, con l'inevitabile aumento percentuale di imprese medie e grandi, che sono passate rispettivamente, in termini di quota sul totale, dall'1,5% e 0,6% del 2018 all'1,8% e 1,9% del 2023.

Nel 2023, la provincia di Cuneo ha registrato oltre 400.000 arrivi turistici, generando complessivamente più di un milione di presenze (notti trascorse). La maggior parte dei visitatori, circa il 70%, proviene dall'Italia. L'andamento turistico ha mostrato una crescita costante dal 2015, ad eccezione delle estati in cui erano presenti restrizioni connesse alla pandemia²². Nel 2023 la permanenza media dei turisti è stata di 2,5 giorni. Il 55% delle presenze si concentra nei tre mesi estivi e nel mese di dicembre. In caso di necessità di salute, soprattutto se connesse ad urgenze, l'ospedale di Cuneo è il riferimento principale.

Lo studio dei dati da parte dell'Agenzia della Mobilità Piemontese, tramite l'indagine IMQ, a tutti i livelli territoriali rivela una domanda di mobilità che si contrae come numero di spostamenti e distanze medie percorse, mentre rimane sostanzialmente invariato l'utilizzo massiccio dell'automobile privata rispetto agli altri mezzi di trasporto. La conformazione geografica, orografica e amministrativa di una provincia "granda e rada" rende gli spostamenti "da e per" da sempre problematici.

La provincia di Cuneo ha indicatori favorevoli in termini di incidentalità generale e di feriti per incidente, a parità di popolazione, inferiore alla media piemontese e italiana (tasso di incidentalità e lesività), e una riduzione dei fenomeni maggiore negli ultimi dieci anni ma ha un numero maggiore di incidenti mortali a parità di popolazione e per incidente, per lo più legati ad alta velocità, guida sotto effetto di sostanze e distrazione.

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

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

L'ASLCN1 si posiziona nella zona sud-ovest del Piemonte, con una superficie territoriale di 5.785 Km²; il territorio di riferimento ricomprende 173 Comuni. L'Azienda rappresenta dal punto di vista dell'estensione 1/5 del territorio regionale; il 75% della sua superficie è composto da zone montane e collinari (superficie montana 57,14%; superficie collinare 18,73%, superficie in pianura 24,13%). Il numero di abitanti residenti a fine 2022 era di 411.632 unità, con una densità di popolazione fra le più basse del Piemonte (71 residenti per Km²).

²² VisitPiemonte 2024

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

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

Negli anni si è investito sul lavoro di advocacy e di rete con Enti, ASL, Amministrazioni locali, associazionismo del territorio, spesso avviato e sostenuto grazie a progettazioni finanziate da Fondazioni. Nel 2024 si sono avviati proficuamente i tavoli di lavoro in Wellgranda dove a vario livello emerge una forte necessità di sinergia tra pubblico e privato di tutti i settori per ottimizzare le risorse a disposizione e per individuare ulteriori possibilità di implementazione di servizi esistenti e creazione di nuovi in ottica di welfare complessivo che si traduce con sempre maggior evidenza nello stato di salute della popolazione sia in termini generali che di utilizzo delle prestazioni sanitarie e sociali.

La collaborazione attiva dell'AO all'interno di questi tavoli continuerà anche nel corso del 2025, così come il confronto a livello regionale e locale e di società scientifiche ed associazioni.

Il dettaglio aggiornato dei dati epidemiologici e socio-economici di maggiore rilevanza è ricavabile dal PIAO dell'ASLCN1²³ e dai documenti di monitoraggio in esso indicati, dalle relazioni al Bilancio, dal Piano Locale Cronicità e dal Piano Locale di Prevenzione, anche se in questo periodo dell'anno non sono ancora disponibili dati più aggiornati rispetto all'effettivo andamento 2024.

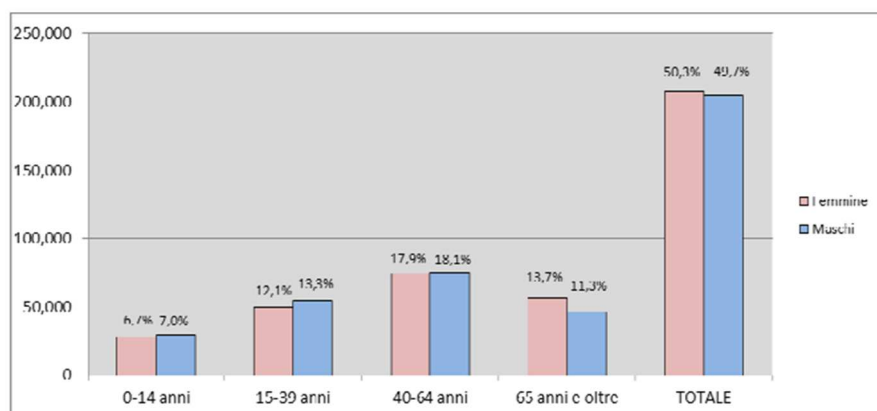
I Distretti dell'ASLCN1, di riferimento per l'Azienda, si avvalgono della Conferenza dei Sindaci²⁴ come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei cittadini di proprio riferimento e per altre attività previste dalla vigente normativa, come nel caso del Piano Locale di Prevenzione, del Piano Vaccinale e del Piano Locale Cronicità²⁵⁻²⁶.

La popolazione dell'ASL CN1 al 2023 era di 413.256 residenti (pari al 9,7% della popolazione Piemontese), di cui 205.442 maschi (49,7%) e 207.831 femmine (50,3%). La densità abitativa media è pari a 72 abitanti/km², che è fra le più basse del Piemonte. In effetti il territorio comprende 175 Comuni dei quali 12 contano fra i 5 mila e i 10 mila abitanti, 8 fra i 10 mila e i 25 mila abitanti, ma 98 comuni su 175 hanno meno di mille abitanti. Solo il Capoluogo ha più di 50 mila abitanti.

Un quarto della popolazione è anziana (più di 65 anni) e poco meno di un quarto ha fra i 45 e i 59 anni.

Il tasso di attività (rapporto tra la popolazione attiva e la popolazione in età lavorativa) rapportato alla popolazione 15-64enne, è del 72% circa, di poco più elevato rispetto a quello regionale, ma superiore di 8 punti percentuali rispetto al dato nazionale.

Figura 6 Grafico sulla distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età –anno 2023 (Fonte: Piano Locale di Prevenzione 2024)



²³ <http://www2.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/piano-integrato-di-attivita-e-organizzazione/>

²⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

²⁵ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

²⁶ file:///C:/Users/somale_n/Downloads/Allegato_3b_Del_520-2018_del_27_12_2018_Piano_Cronicita.pdf

Nel territorio dell'ASL CN1 a fine 2023 risultano 414.066 residenti (207.635 donne e 206.431 uomini), pari al 9,7% della popolazione residente in Piemonte (4.251.351 abitanti). Il grafico seguente mostra la cosiddetta piramide di età della popolazione: si osserva una forte erosione alla base, assumendo quella che viene chiamata "forma a trottola". Questa forma rispecchia l'invecchiamento della popolazione, dovuto alla diminuzione del tasso di natalità e al contemporaneo aumento della capacità di sopravvivenza, con la conseguenza apparentemente paradossale dell'aumento del tasso di mortalità, che aumenta perché la popolazione invecchia. Le fasce di popolazione più numerose (50-54enni e 55-59enni) sono quelle dei soggetti nati durante il boom economico italiano (1958-1963), che a livello di crescita demografica si è protratto fino agli anni Settanta del Novecento.

Figura 7 Piramide di età della popolazione residente in ASL CN1 –anno 2023 (Fonte: Piano Locale di Prevenzione 2024)

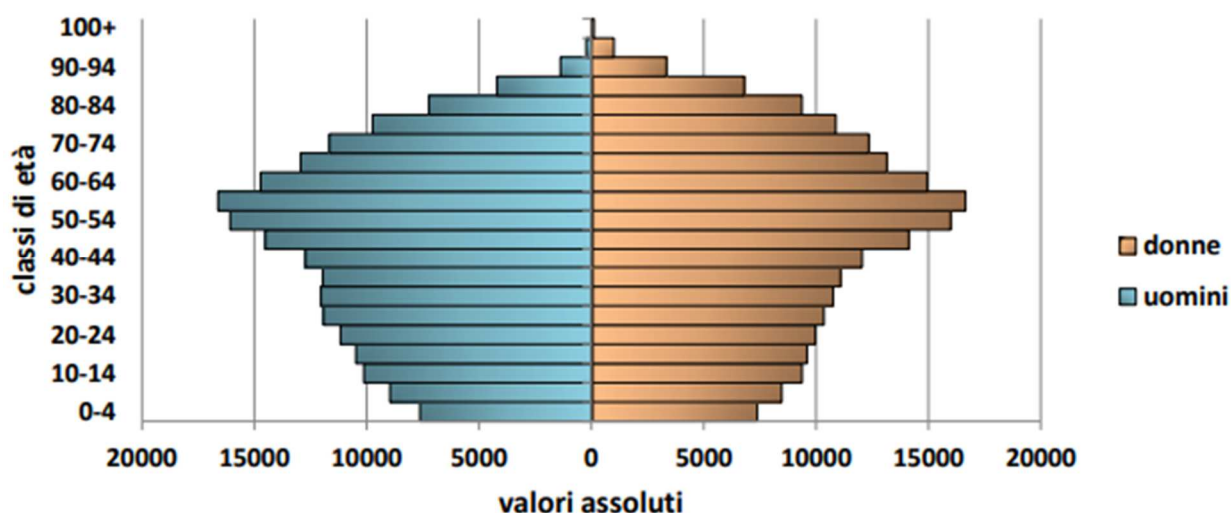


Figura 8 Distribuzione della popolazione anziana in ASL CN1, per fasce di età–anno 2023 (Fonte: Piano Locale di Prevenzione 2024)

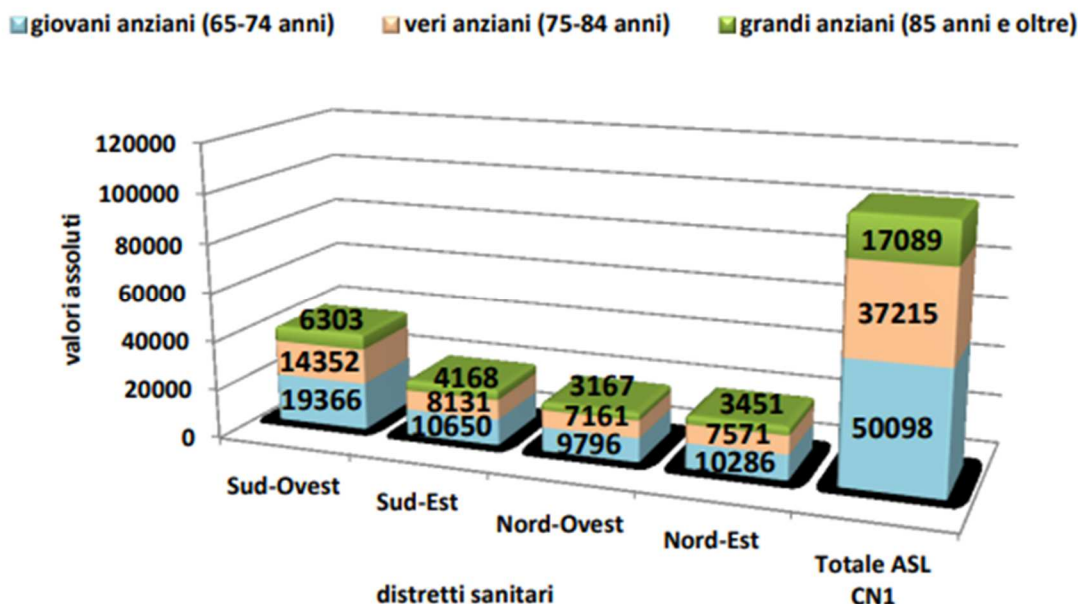


Tabella 9 Popolazione assistita dell'ASL CN1–anno 2023 (Fonte: Piano Locale di Prevenzione 2024)

FASCIA ETA'	TOT	M	F
0-13	49.398	25.369	24.029
14-64	251.875	127.608	124.267
65-74	49.351	24.100	25.251
75 e oltre	52.917	22.003	30.914
TOT	403.541	199.080	204.461

I bambini costituiscono il 13,6% della popolazione totale nel Distretto Sud-Ovest, il 12,7% nel Distretto Sud Est, il 13,1 nel Nord-Ovest e il 14,4% nel Nord-Est. Dal punto di vista demografico il Distretto Sud-Ovest è quello con la popolazione più anziana (27,3% di ultrasessantacinquenni e 12,7% di bambini fino ai 15 anni), al contrario il Distretto Nord-Est è quello con la popolazione più giovane (24,0% dai 65 anni in poi e 14,4% di bambini).

Tabella 10 Indice di invecchiamento–anno 2023

ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
182,1	225,3	193,3

FONTI: dati ASL CN1: Anagrafe Aziendale dati nazionali: DemoSTAT (<http://demo.istat.it>)

Tabella 11 Tasso di natalità–anno 2023

ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
6,8	6,2	6,7

FONTI: dati Nazionali/Regionale: Demo ISTAT (<http://demo.istat.it>)

Tabella 12 Tasso di mortalità–anno 2023

ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
13,0	13,9	12,1

FONTI: dati nazional e regionali : DemoSTAT (<http://demo.istat.it>)

Le principali cause di morte sono le stesse per uomini e donne: malattie dell'apparato circolatorio; tumori maligni; malattie dell'apparato respiratorio. A seconda dell'arco temporale fotografato compaiono o meno i dati relativi al Covid 19.

Il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) esprime in percentuale l'eccesso o il difetto di mortalità tra la popolazione di un territorio e quella della Regione, al netto delle differenze esercitate dalla diversa composizione per età delle due popolazioni. L'analisi degli SMR indica che le malattie dell'apparato circolatorio presentano un valore significativamente superiore a quello regionale in entrambi i sessi; mentre per le malattie dell'apparato respiratorio e per i tumori maligni i valori sono in linea con i dati regionali. Per il Covid-19 l'SMR per gli uomini è inferiore del 12% circa rispetto a quello piemontese e per le donne è inferiore del 18% circa, in modo statisticamente significativo per entrambi i sessi.

Tabella 13 Tasso di crescita naturale–anno 2023

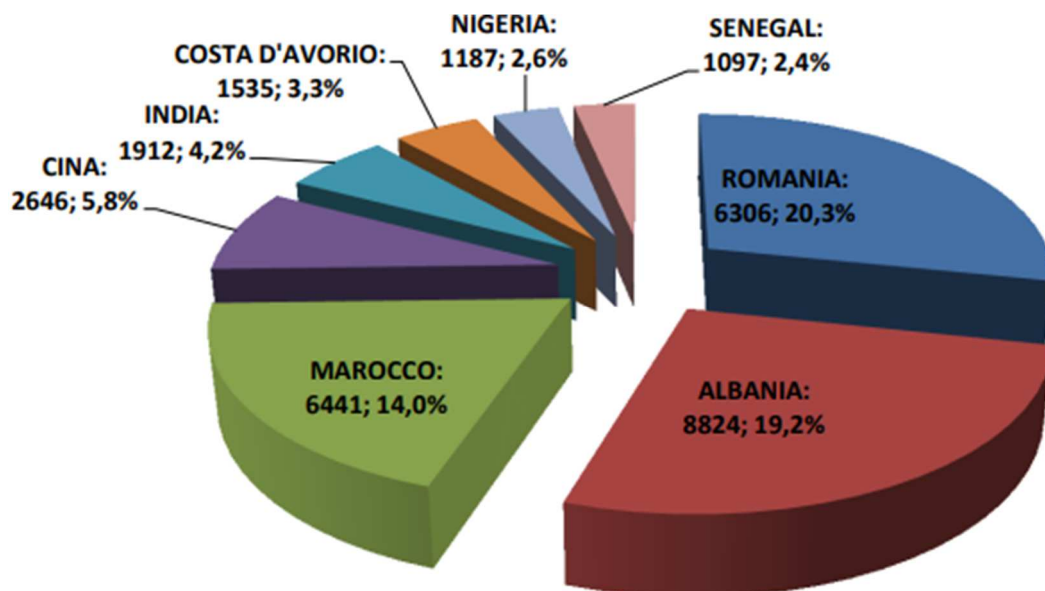
ASL CN1	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
-6,1	-7,7	-5,4

FONTI: dati nazional e regionali : DemoSTAT (<http://demo.istat.it>)

Tra tutti i residenti sul territorio di riferimento dell'ASL CN1 gli stranieri nel 2023 rappresentano il 10,7% della popolazione: sono presenti 44.466 cittadini stranieri (20.504 donne e 23.962 uomini), su una popolazione totale di 414.066 residenti. A livello distrettuale, nei Distretti Sud-Ovest e Nord-Est la popolazione straniera rappresenta il 10% circa dei residenti, nei Distretti Sud-Est e Nord-Ovest la presenza degli stranieri sale al 12% circa. Gli stranieri sono mediamente più giovani degli italiani: l'età media degli italiani è di 35 anni contro 46 anni degli stranieri.

I Paesi più rappresentati, ossia con almeno 1000 residenti, sono i medesimi dell'anno precedente.

Figura 14 Principali Paesi di provenienza degli stranieri residenti in ASL CN1 –anno 2023



Per quanto riguarda le patologie croniche dalla Sorveglianza P.A.S.S.I. (Progressi delle Azienda Sanitarie per la Salute in Italia - sistema di sorveglianza sui comportamenti correlati con la salute della popolazione adulta) risulta che la prevalenza di persone con almeno una diagnosi di cronicità aumenta, come atteso, all'aumentare dell'età (Figura 7). Infatti tale prevalenza tra i 50-69enni è quasi del 30% in ASL CN1, ma non bisogna sottovalutare la presenza di soggetti cronici tra i giovani (quasi 10%).

Figura 15 Prevalenza di persone con almeno una diagnosi di cronicità in ASL CN1

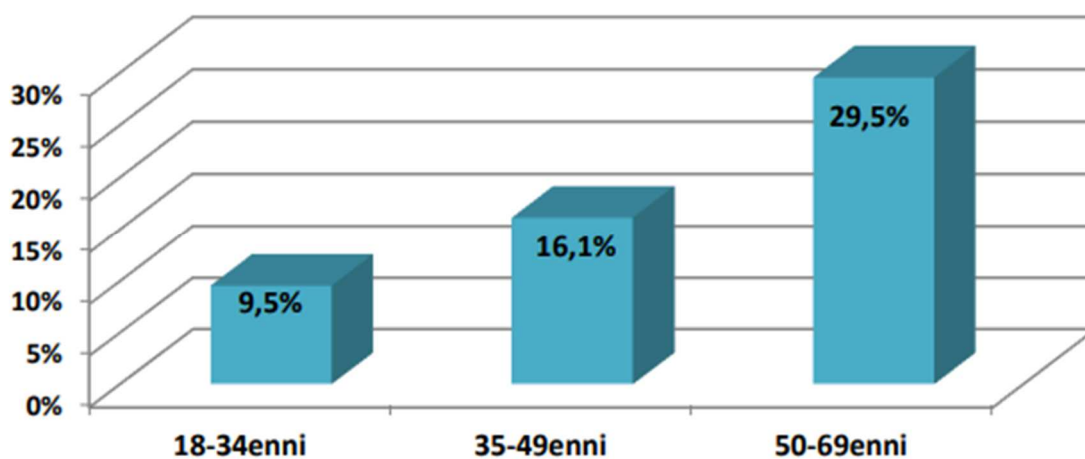


Tabella 16 Numero di residenti ASL CN1 esenti da ticket al 01/01/2023

ESENZIONE		TESTE
Reddito ed età	E01	84.705
	E02	3.501
	E03	2.660
	E04	1.300
	Totale	92.166
Patologia		105.402

Tramite P.A.S.S.I. vengono inoltre rilevati i principali fattori di rischio per le patologie croniche. La percentuale di fumatori rimane abbastanza costante nel tempo: circa un quarto degli intervistati dichiara di fumare. Il consumo di alcol ad alto rischio (consumo abitualmente elevato, episodico eccessivo, fuori pasto) sembra in lenta discesa alla fine del periodo, passando dal 22% del 2019 al 14-16% negli anni successivi. La prevalenza di soggetti che non consumano almeno 3 porzioni/die di frutta o verdura è altalenante, attestandosi tra il 31% e il 42% circa. Le persone in eccesso ponderale (sovrappeso/obese) sono tra il 30% e il 36%. La sedentarietà mostra un trend decrescente: dal 30% circa nel 2019 al 16% circa nel 2022.

Le problematiche connesse alla salute mentale in tutte le fasce di età, in modo particolare rispetto agli adolescenti, continuano ad essere rilevanti e crescenti, continuerà pertanto l'implementazione di servizi integrati.

Nell'ambito dell'obiettivo 5 assegnato al Direttore Generale " Consolidare un ciclo di monitoraggio e miglioramento continuo della **mobilità passiva extraregionale**" le ASR dell'Area Omogenea Piemonte Sud Ovest e quelle di Asti e Alessandria hanno provveduto ad aggiornare l'analisi rispetto ai dati relativi alla propria popolazione residente ed ai propri presidi erogativi, mettendoli in rapporto anche alla produzione delle Aziende Ospedaliere di riferimento territoriale e a declinare gli obiettivi generali e specifici, relativi alle criticità rilevate nel progetto di analisi e miglioramento dei processi della mobilità sanitaria, trasmesso con nota REG_ASL_CN2.29/02/2024.0014190.P_SDG.

Dall'analisi di tutti gli elaborati emergono elementi di criticità comuni, o potenzialità dei singoli centri/Aziende, che hanno portato allo studio di interventi interaziendali coordinati che proseguiranno nel 2025.

Nel 2024 si è provveduto a redigere e rendere operativo un PSDTA congiunto, che è in corso di applicazione e che nel corso del 2025 verrà esteso al resto dell'Area allargata, come previsto dal progetto di recupero della mobilità extraregionale per la chirurgia bariatrica, che fa parte dell'offerta di soluzioni per i cittadini affetti da obesità grave e che costituisce, in termini di valore, una parte rilevante della mobilità extraregionale nella disciplina di chirurgia generale.

E' stato attivato un GIC interaziendale a supporto dell'assistenza di pazienti affetti da tumori ginecologici partecipato dalle ASL AL, ASL AT, AOU AL e ASL CN2, per aggiungere potenzialità di intervento a quelle già esistenti nel territorio provinciale di Cuneo (ASL CN 1 e AO CN) e incidere nel medio-lungo periodo sulla fuga di tale tipologia di pazienti verso strutture extraregionali.

L'importante mobilità extraregionale in tema di interventi per sostituzione protesica di articolazioni maggiori (anca e ginocchio in particolare -DRG 544.) ha portato alla proposta di una modalità organizzativa e di un percorso assistenziale, che non può certamente essere limitato ad un centro erogativo unico, considerata la numerosità della casistica, ma potrebbe giovare della definizione di un PDTA condiviso.

Tutte le ASL partecipanti hanno provveduto allo sviluppo di percorsi di miglioramento della continuità assistenziale, per pazienti di competenza ortopedica, che prevedono l'erogazione di prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari, in stretta connessione con l'ambito riabilitativo.

Un'area di importante mobilità è rappresentata dall'ostetricia, soprattutto per i territori di confine con la Lombardia. Se si considera che la riduzione della natalità rappresenta uno dei maggiori problemi della società occidentale, e che tale problematica è sicuramente multi fattoriale, uno dei territori di intervento proponibile anche nell'Area Piemonte Sud è lo studio di modalità organizzative, formative ed erogative rispetto ai Consultori Materno Infantili ed all'ostetricia, che possano garantire attrattività delle strutture piemontesi ed in particolare del Piemonte Sud.

Pur essendo presenti sul territorio del Piemonte Sud due Aziende Ospedaliere che offrono servizi di Cardiochirurgia e Neurochirurgia, i dati evidenziano che per tali discipline esiste una sensibile mobilità verso strutture al di fuori della regione. Parimenti ciò accade anche per le discipline di Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica e Chirurgia Plastica, che complessivamente rappresentano un volume significativo all'interno della mobilità extraregionale.

Continuerà il lavoro del gruppo di lavoro interaziendale, al fine di realizzare un Piano Strategico di comunicazione finalizzata a promuovere la conoscenza dei servizi e dei percorsi attivi, da riservare sia alla cittadinanza che ai medici di cure primarie (e generalmente ai prescrittori), nell'ipotesi che possa esistere scarsa consapevolezza dei servizi disponibili sul territorio.

L'obiettivo n. 4 sempre riconducibile al contenimento della mobilità passiva extra regionale ha portato alla proposta di costituire due NCAO (Nuclei di Controllo di Area Omogenea), composti da n. 3 operatori, ognuno appartenente ad una delle Aziende dell'Area Piemonte Sud.

I comunicati stampa regionali emessi in occasione delle nomine e conferme dei Direttori Generali hanno evidenziato come gli obiettivi che verranno assegnati saranno incentrati sui conti in ordine, la gestione trasparente delle liste di attesa con la pubblicazione integrale delle agende con gli slot disponibili per le prenotazioni e la mobilità sanitaria, ovvero la capacità di attrarre pazienti da altre regioni. E' prevista l'attivazione di una «control room», al 24° piano del Grattacielo Piemonte, dotata di un «cruscotto digitale» che permetterà di monitorare i dati caricati da Asl e ospedali.

Sono state comunicate alle ASL le nuove Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) per la riorganizzazione della Medicina generale: un modo per garantire ai cittadini una maggior copertura del servizio di base (dalle 8 alle 20), grazie alla collaborazione tra medici di famiglia e guardie mediche che prima assicuravano notturno e festivo. I professionisti di ogni Aft avranno una sorta di «unione informatica», cioè la condivisione dei database, quindi di progetti e cartelle cliniche per la quale chiederanno ai «mutuati» l'autorizzazione, nel rispetto della privacy. Per consentire l'ampliamento, con i medici di famiglia nelle Aft sarà operativa la figura del «medico a quota oraria» (generalista), che nei giorni feriali lavorerà a supporto del collega di base, spesso sulle cronicità (ad esempio medicina d'iniziativa, percorsi per diabetici, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva), con un apporto di 4 ore al giorno. I confini si sono un po' ridotti rispetto ai Distretti sanitari e le aree sono state disegnate secondo regole regionali e coerenza geografica. In provincia ci saranno una ventina di Aft, da 20-30 mila persone. Secondo la bozza, le Aft nella Granda saranno Alba sud, Alba nord, Canale, Cortemilia-Santo Stefano Belbo, Bra sud e Bra nord nella Asl Cn2; Cuneo uno, Cuneo due, Borgo San Dalmazzo, Boves, Dronero-Centallo, Caraglio, Fossano, Savigliano, Racconigi, Saluzzo, Valle Varaita, Valle Po, Mondovì uno, Mondovì due, Carrù e Ceva nell'Asl Cn1.

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

Sintesi dei maggiori dati aziendali di contesto interno

Necessariamente nel considerare la base line di partenza della Performance si deve tenere conto della complessità organizzativa e dei maggiori dati di attività che possono descrivere l'Azienda che, al 31.10.2024, consta di 105 unità organizzative²⁷ e 5 Funzioni, in cui lavorano complessivamente 2393 dipendenti.

²⁷ Delibera 441 del 31.10.2018 Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo-Aggiornamento distribuzione posti letto di ricovero ordinario e diurno.

Tabella 17 Rappresentazione numerica delle Strutture dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo come da Atto Aziendale²⁸

AO SANTA CROCE E CARLE di CUNEO	SC	SSD	SS	TOTALE
Afferenza AZIENDALE AREA ORGANIZZATIVA e AMMINISTRATIVA				
STRUTTURE in staff alla DIREZIONE GENERALE	=	=	4	4
STRUTTURE in line al DIRETTORE AMMINISTRATIVO	5	=	10	15
STRUTTURE in line o in staff al DIRETTORE SANITARIO	2	=	5	7
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	12	3	11	26
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	9*	2	6	17
DIPARTIMENTO di EMERGENZA e delle AREE CRITICHE	7	1	8	16
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE dei SERVIZI	7	1	5	13
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE	4*	=	3	7
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE di SALUTE MENTALE	1	=	=	1
TOTALE	46	7	52	105

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

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

Per quanto attiene al regime di ricovero Day Hospital / Day Surgery, il numero di Posti Letto è dato da letti e poltrone dedicate a tutta l'attività codificata con quel regime di ricovero.

Tabella 18 Rappresentazione posti letto al 31.10.2024

	S. CROCE	A. CARLE	TOTALE
R.O.	438	125	563
D.H./D.S.	81	27	108
TOTALE	519	152	671

²⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

I dati di attività fotografati tra a fine settembre e fine ottobre 2024 vengono di seguito sintetizzati in quanto risultano utili a fornire una rappresentazione dell'erogazione delle principali categorie di prestazioni e di riferimento per le previsioni sul 2025 e le progressive costanti valutazioni.

Tabella 19 Accessi DEA al 31.10.2024 stratificati per mesi, genere e nazionalità

SESSO	Totale	Totale	F	M
Mese	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	Accessi DEA
	56.736	1.151	28.272	28.464
Gennaio	5.413	100	2.750	2.663
Febbraio	5.295	103	2.638	2.657
Marzo	5.745	93	2.866	2.879
Aprile	5.617	77	2.819	2.798
Maggio	5.634	88	2.707	2.927
Giugno	5.551	105	2.717	2.834
Luglio	6.154	171	2.983	3.171
Agosto	6.296	190	3.165	3.131
Settembre	5.414	116	2.740	2.674
Ottobre	5.617	108	2.887	2.730

Tabella 20 Accessi al DEA al 31.10.2024 per fasce di età confrontati con 2021 e 2022

Fasce Età	2021	2022	2023	2024
Totale	46.569	53.211	53.563	56.736
0-9anni	3.684	5.333	5.998	6.009
10-19anni	3.276	4.246	4.610	5.071
20-29anni	5.047	5.843	5.650	5.811
30-39anni	6.054	6.440	6.421	6.911
40-49anni	5.143	5.375	5.351	5.625
50-59anni	6.197	6.393	6.384	6.699
60-69anni	5.517	6.134	6.081	6.533
70-79anni	5.856	6.641	6.443	6.916
80-89anni	4.763	5.522	5.441	5.803
90-99anni	1.023	1.268	1.164	1.313
Centenari	9	16	20	35

Tabella 21 Rappresentazione Ricoveri primi dieci mesi 2024 per tipologia, genere e fascia di età, distribuzione nei mesi

Regime	F	M	Fascia età	F	M	Mese	F	M
Totale	12.032	12.004	Totale	12.032	12.004	Totale	12.032	12.004
2024	8.973	8.771	a) da 0 a 10	1.017	1.127	gen	1.249	1.262
2024	3.059	3.233	b) da 11 a 20	307	345	feb	1.228	1.235
			c) da 21 a 30	1.140	460	mar	1.256	1.260
			d) da 31 a 40	1.612	476	apr	1.202	1.179
			e) da 41 a 50	937	806	mag	1.254	1.309
			f) da 51 a 60	1.369	1.449	giu	1.177	1.169
			g) da 61 a 70	1.613	2.470	lug	1.245	1.208
			h) da 71 a 80	2.110	2.947	ago	1.139	1.209
			i) da 81 a 90	1.587	1.720	set	1.165	1.133
			j) da 91 a 100	337	199	ott	1.117	1.040
			k) oltre 100	3	5			

Tabella 22 Confronto prestazioni aziendali in Ricovero ordinario primi dieci mesi anni 2020-2024

Anno	RO 2020	RO 2021	RO 2022	RO 2023	RO 2024
Dimessi	15.825	16.205	17.499	17.696	17.744
Giornate	118.242	124.260	133.163	137.879	137.801
Degenza media	7,47	7,67	7,61	7,79	7,77
Ricoveri < 2gg	1.268	1.342	1.360	1.141	1.163
Deceduti	680	718	689	633	617
Ricoveri Ripetuti	442	490	529	547	644
Ricoveri Ripetuti %	2,79%	3,02%	3,02%	3,09%	3,63%
Prevalenza casi MEDICI	10.154	9.980	10.539	10.883	10.810
Prevalenza casi MEDICI %	64,16%	61,59%	60,23%	61,50%	60,92%
Prevalenza casi CHIRURGICI	5.671	6.225	6.960	6.813	6.934
Prevalenza casi CHIRURGICI %	35,84%	38,41%	39,77%	38,50%	39,08%
Peso DRG	28.979,76	30.950,66	32.968,91	33.122,78	33.493,33
Peso DRG per dimesso	1,83	1,91	1,88	1,87	1,89

Tabella 23 Confronto prestazioni aziendali in Day Hospital primi dieci mesi anni 2020-2024

Anno	DH 2020	DH 2021	DH 2022	DH 2023	DH 2024
Dimessi	4.776	5.170	6.152	6.309	6.292
Accessi	7.303	7.771	8.448	9.209	8.432
Accessi medi	1,53	1,50	1,37	1,46	1,34
Deceduti	0	0	0	0	0
Prevalenza accessi Diagnostici	334	363	417	400	310
Prevalenza accessi Diagnostici %	6,99%	7,02%	6,78%	6,34%	4,93%
Prevalenza casi MEDICI	1.715	1.974	2.202	2.138	2.189
Prevalenza casi MEDICI %	35,91%	38,18%	35,79%	33,89%	34,79%
Prevalenza casi CHIRURGICI	3.061	3.196	3.950	4.171	4.103
Prevalenza casi CHIRURGICI %	64,09%	61,82%	64,21%	66,11%	65,21%
Peso DRG	5.422,21	5.887,31	6.619,23	6.474,97	6.284,89
Peso DRG per dimesso	1,14	1,14	1,08	1,03	1,00

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

E' stata fatta richiesta alla regione di implementare la chirurgia robotica, mediante la fornitura gratuita per un anno, di una seconda piattaforma robotica Da Vinci Xi IS4000, al fine di consentire ulteriori riduzioni dei tempi di attesa per i ricoveri programmati per il trattamento delle principali patologie urologiche, ginecologiche e chirurgiche.

Figura 1 Nuovi nati nei primi 10 mesi 2024 analizzati per genere e cittadinanza alla nascita

SESSO	Totale	Totale	F	F	M	M
Regime	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI
Nuovi Nati	1.422	135	689	70	733	65

E' stato riorganizzato il reparto di Ostetricia (punto nascita di terzo livello con quasi 1800 parti all'anno,): a fianco dei sedici posti letto, cui accedono le gravidanze fisiologiche con un setting quasi esclusivamente ostetrico, senza medicalizzazione e monitoraggi intensivi limitati ai casi di necessità c'è l'alta intensità: venti posti letto collocati sullo stesso piano vicino a sala parto, sala operatoria per i cesarei, Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale (TIN), riservati a donne con patologie o particolari problematiche seguite in modo più intensivo. Arrivano all'ospedale di Cuneo le situazioni più complesse da tutta la Provincia di Cuneo, affrontate in collaborazione con la TIN nel percorso pre e post partum, anche attraverso lo STEN (Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale, a Cuneo tra i primi in Italia), che provvede al trasferimento assistito, 24 ore su 24, dei neonati dai punti nascita del bacino di utenza (oltre 4 mila nati all'anno) che necessitano di cure intensive. Nell'ultimo anno si è registrato un tasso di mortalità dello 0,22 per mille (negli ultimi dieci mesi non ci sono stati decessi) rispetto a una media nazionale di 18 casi su mille. Molto soddisfacenti i anche i dati relativi ai cesarei, che registrano una percentuale molto al di sotto del tetto fissato dalla Regione (il S. Croce è al 6% nel basso rischio e al 16% nell'alto rischio). La percentuale di parti naturali dopo un cesareo è del 47% e fa del S. Croce anche qui un'eccellenza, considerando che il secondo miglior centro del Piemonte è al 30% (la media nazionale si attesta sul 20%). Nel 2024 è stato istituito un percorso per affrontare la tocofobia, cioè la paura di partorire, attraverso un team costituito da psicologo, ginecologo e ostetrica.

Il Centro Salute Donna è un esempio di best practices per la presa in carico multidisciplinare delle pazienti. I Servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie con percorsi ottimizzati per il genere femminile sono stati riconosciuti dalla Fondazione Onda ETS con l’assegnazione del massimo riconoscimento di tre Bollini Rosa.

Tabella 24 Accessi ambulatoriali primi 10 mesi 2024

Tipo	Quantità
Totale	1.739.152
1. PRIMA VISITA	87.951
1.. PRIMA VISITA CAS	3.270
2. VISITA DI CONTROLLO	91.165
3. ALTRE PRESTAZIONI	1.556.766

Si è registrato un aumento di 75119 prestazioni, dati che si prospetta in crescita per il 2025.

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

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

Tutti i dati connessi al PNE sono pubblicati nella specifica area AT del portale aziendale²⁹ e registrano valori soddisfacenti, rispetto ai quali si intende continuare ad investire sempre di più.

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

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

L'Azienda assegna, inoltre, mediante affidamento diretto in house providing, una serie di servizi, in modo particolare attraverso L'ente di diritto privato controllato AMOS s.c.r.l.³⁰ di cui è rappresentante maggioritario, insieme ad altre ASR, come emerge dai provvedimenti pubblicati nell'apposita area di Amministrazione Trasparente³¹. Dal 3 giugno 2024 anche il servizio prenotazioni delle prestazioni radiologiche sono assegnate ad AMOS.

L'Azienda detiene una piccolissima quota all'interno di CSI Piemonte (Consorzio per il Sistema Informativo), società partecipata³¹.

²⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/monitoraggio-indicatori-piano-nazionale-esiti-pne/#c8342>

³⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/enti-controllati/enti-di-diritto-privato-controllati/>

³¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/enti-controllati/societa-partecipate/>

Sezione 2 Valore pubblico, performance e anticorruzione

Sottosezione di programmazione: Valore pubblico

La mission istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri stakeholder³², e nel caso specifico delle Aziende Sanitarie, prima di tutto di utenti-cittadini.

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

La descrizione degli elementi di contesto è contenuta nella sezione 1 di questo documento.

I principi fondamentali sui quali l'Azienda basa le proprie scelte e indirizza l'operato dei propri Curanti sono dichiarati nella Carta dei Servizi³³: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

Per accrescere la probabilità di creare Valore Pubblico e ridurre il rischio di erosione dello stesso (tipicamente nei casi di inefficienza o di corruzione)³⁴, l'Azienda individua logiche di governance che prevedono:

- una programmazione degli obiettivi da raggiungere, i percorsi da seguire, le risorse da utilizzare;
- un sistema di monitoraggi periodici che permettono di verificare i percorsi seguiti, le risorse utilizzate, i risultati conseguiti;
- un meccanismo di coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni nella programmazione, attuazione e valutazione che consenta anche la rilevazione della soddisfazione rispetto ai target;
- un modello di miglioramento continuo basato sulla conoscenza puntuale delle criticità, l'individuazione di strategie di miglioramento e la verifica dell'efficacia delle azioni poste in essere;
- una valutazione progressivamente più integrata dei fattori di rischio che possono inficiare la realizzazione del Valore Pubblico, dei fattori protettivi dalla maladministration e di conseguenza delle misure di monitoraggio e mitigazione da mettere in atto per favorire cooperazione e partecipazione che sono esse stesse strategie di realizzazione e di valutazione all'interno di un ciclo continuo (PDCA).

Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale³⁵.

L'Azienda analizza periodicamente le pubblicazioni di riferimento (Indicatori BES³⁶ e avanzamento iniziative per il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Agenda 2030³⁷), soffermandosi sui dati territoriali più prossimi, al fine di valutare informazioni complessive circa il contesto esterno in cui maggiormente insiste l'attività ospedaliera.

Negli allegati (work in progress) sono evidenziati i maggiori elementi di contesto interni ed esterni che annualmente vengono utilizzati per riesaminare i fattori di rischio e quelli protettivi ed abilitanti con cui deve fare i conti l'organizzazione e sui quali essa stessa incide.

La creazione di Valore Pubblico esterno dipende dal miglioramento delle performance che, a sua volta, dipende dal miglioramento della salute delle risorse dell'amministrazione: la creazione di Valore Pubblico interno è, dunque, il presupposto per la creazione di Valore Pubblico esterno.

I macro obiettivi principali rispecchiano e traducono la mission stessa, alcuni contestualmente evidenziati negli obiettivi di mandato del Direttore Generale (che coprono un arco di programmazione quadriennale) e declinati annualmente negli obiettivi assegnati allo stesso e, di conseguenza, in quelli inseriti nel processo di budget aziendale.

In modo particolare l'attuale Direzione intende mantenere sempre alta l'attenzione sia al volume di attività sia agli esiti, mettendo a disposizione dei direttori di dipartimento e di struttura cliniche un nuovo cruscotto che consenta di visualizzare efficacemente l'andamento SDO, ambulatoriale, dei flussi farmaceutici e del file F, nonché il consumo di risorse a tutti i livelli.

³² Moore, 1995; Rebora, 1999: p. 47; Deidda Gagliardo, 2002: p. 14; Borroni e Mussari, 2011

³³ <http://www.ospedale.cuneo.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico/carta-dei-servizi/>

³⁴ Deidda Gagliardo Il valore pubblico. La nuova frontiera delle performance, 2015 e actualización 16.06.2022 ForumPA Performance e Piao per creare valore pubblico

³⁵ Deidda Gagliardo, Il VP, la nuova frontiera della performance (RIREA, Roma).2015c: IX-XX.

³⁶ [https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)-/gli-indicatori-del-bes](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)-/gli-indicatori-del-bes)

³⁷ <https://www.agenziacoazione.gov.it/comunicazione/agenda-2030-per-lo-sviluppo-sostenibile/>

Le strategie di attuazione, anche in ottica della realizzazione delle missioni connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), richiedono più che mai sinergie con tutto il territorio di riferimento e confronto costante con l'Assessorato Regionale tenuto a coordinare, anche tramite l'Azienda Zero, gli input e le risorse.

La base di partenza di realizzazione dei macro-obiettivi è data dagli elementi di contesto interno sia in termini di fattori abilitanti tra i determinanti del raggiungimento del risultato in quanto performance complessiva e realizzazione del Valore Pubblico sia delle risorse a disposizione.

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

La misurazione del raggiungimento degli obiettivi avviene a seguito di monitoraggi costanti sia da parte della Regione in relazione ai flussi dati da inviare a tempo definito (ad esempio in relazione ai tempi ed alle liste di attesa, al Piano Nazionale Esiti (PNE), all'andamento costi produzione). L'avvaloramento dei risultati è formalizzato dalla verifica in capo alla Conferenza dei Sindaci e alle valutazioni regionali.

La conoscibilità e verificabilità di quanto presentato è garantita dalla pubblicazione dei documenti connessi al PIAO^{38 39}.

I diversi contributi convogliano nella realizzazione della mission aziendale, orientata al maggior soddisfacimento concretamente realizzabile delle risposte ai bisogni di salute che l'utenza finale esprime indirettamente e direttamente a questo ospedale hub.

Per quanto riguarda l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione, aggiornato sulla scorta dei progetti di realizzazione del PNRR e di quanto derivante dall'ultimo Piano Nazionale AGID, fondamentalmente l'Azienda è impiegata durante l'arco temporale di riferimento 2023-2025 nelle seguenti azioni.

Tabella 25 Azioni in cui sarà impegnata l'Azienda nel 2023-2025 per attuazione Piano AIGD, semplificazione e reingegnerizzazione

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Eliminare gli adempimenti e le autorizzazioni ridondanti	Completamento dell'adeguamento degli applicativi ambulatoriali minori per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	SID	2025
	Reingegnerizzazione dei processi	Seconda fase nuovo gestore documentale: reingegnerizzazione dei processi, valutazione delle criticità e superamento delle stesse; miglioramento dei processi	SID PAAT Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione	2025
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Aggiornamento tabelle procedimenti strutture in Amministrazione Trasparente	Singole strutture tecnico amministrative come da Elenco pubblicazioni (al netto di diverse indicazioni ANAC)	2025 - 2026

³⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

³⁹ <https://piao.dfp.gov.it/>

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
	“	Pubblicazione mensile dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali sul portale aziendale: AT e link veloci	CdG	Ogni mese
	Creazione e utilizzo di un cruscotto direzionale	Utilizzo di un sistema di visualizzazione dati di dipartimento/struttura clinica che consenta di vedere in maniera efficace sia la produttività (SDO, attività ambulatoriale, flussi farmaceutici, file F) rispetto al consumo di risorse	CdG	Inizio 2025
	“	Aggiornamento boarding Pronto Soccorso (PS)	CdG FQA	Ogni mese
	“	Monitoraggio tempi di risposta accessi Alimentazione registro accessi secondo nuovo applicativo Prisma	RPCT Protocollatori	Semestrale
Digitalizzazione	Operativizzazione del principio “once only”	Completamento del processo di sostituzione vecchi canali di alimentazione FSE (invio del referto) con nuovi canali che prevedono l’archiviazione del referto solo presso il repository aziendale e la richiesta di consultazione da parte del sistema FSE	RTD	2025
	Anagrafica degli utenti	Sostituzione software anagrafica centrale aziendale dei contatti e riesame delle integrazioni in formati standard HL7 Superati positivamente i test si prevede di avviare la produzione	SID	2025
	Anagrafica dei dipendenti	Miglioramento dell’integrazione tra le anagrafiche del Personale e gli applicativi AO (es protocollo)	SID	2024
	Interoperabilità interne ad AO	Completamento dell’adeguamento degli applicativi ambulatoriali minori per l’implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con tutti i metadati aggiuntivi inseriti nei referti e possibilità di accesso ai FSE di altre regioni	SID	2024
	Digitalizzazione	Messa in produzione della cartella clinica ambulatoriale e di ricovero (2023-2025)	SID	Dal 2023 (finanziamenti PNRR)-2025
	“	Implementazione firma grafometrica per i pazienti	SID (gestione Azienda Zero)	2024 -2025 (finanziamenti PNRR)
	“	Costruzione pannello regionale per la raccolta, elaborazione, pubblicazione in tempo reale dei tempi di attesa ai PS (indice affollamento DEA) per consentire all’utente di valutare la	SID (gestione Azienda Zero)	2024 -2025 (finanziamenti PNRR)

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
		disponibilità di accesso nei PS regionali		
	“	Attivazione della produzione delle modalità di coordinamento immagini radiologiche per gestione Stroke	SID (gestione Azienda Zero)	2024 -2025 (finanziamenti PNRR)
	Servizi Wi-Fi	Sostituzione completa dell'impianto tecnologico della rete Wi-Fi per adeguamento ai nuovi standard e aumento delle prestazioni e dell'area di copertura	SID	2025
	Modulistica unica e standardizzata	Diffusione e monitoraggio Procedura gestione accessi in relazione alla maggior informatizzazione garantita dal gestore documentale ed alle nuove indicazioni contenute nel Codice dei contratti pubblici	FPCT	2025
Attuazione obiettivi previsti dal Piano Triennale per l'Informatica nella PA	Digital & mobile first:	Implementazione accesso all'applicativo di Televisita anche con SPID	RTD	2025
		Partecipazione alle iniziative di sensibilizzazione e facilitazione digitale	DSP SID CUG	2024-2024
	Cloud first:	Sottoscrizione accordi tra le Aziende per la fornitura di un applicativo gestionale del Laboratorio Analisi provinciale LUV interaziendale in cloud	RTD	2025
		Utilizzo della piattaforma OpenBlow per la gestione delle segnalazioni di illecito tramite istituto del whistleblowing	RPCT SID	continuo
		Proseguimento dell'inserimento nelle nuove procedure di fornitura di servizi telematici delle offerte comprensive di migrazione al cloud	SID	2025
		Diffusione del Manuale di gestione con verifica applicazione di quanto previsto da gestore documentale	Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione	2025

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
		Attuazione della fascicolazione con nuovo gestore documentale	Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione	2025
Digitalizzazione	Eliminazione cartacei	Passaggio al nuovo sistema amministrativo-contabile promosso dalla Regione Piemonte col fine di omogeneizzare le procedure di cui sopra, in tutte le Aziende Sanitarie Regionali, utilizzando un software amministrativo contabile unico per la sanità (AMCO) che avrà la finalità, a regime, di rendere omogenei i rilevamenti contabili di tutte le Aziende Sanitarie regionali, che attualmente sono gestiti da diversi software	Bilancio e Contabilità	predisposizione 2025 a regime 2026
	Firma digitale	Completamento dell' attivazione di firma digitale da remoto per tutti i medici dell'Azienda sugli applicativi ambulatoriali minori per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	SID PAAT	2024
	Sicurezza e privacy by design	Formazione su protezione dati e cybersicurezza	RTD DPO FVO	2025
		Nomina referente cybersicurezza	Direzione	2025
		Riattualizzazione gruppo privacy aziendale	Direzione	2025
		Implementazione delle soluzioni informatiche(hard-ware quali palmari per la gestione on line delle richieste di magazzino per lo scansamento dei codici a barre di medicinali e del relativo software) per aumentare ulteriormente la tracciabilità del flusso logistico dei medicinali e la riduzione del rischio di errori quali/quantitativi in fase di picking informatizzato del magazzino farmaceutico (magazzino medicinali c/o Carle)	SID	2025
	Dati pubblici	Implementazione banche dati previste	RTD Tutte strutture interessate	continua
	Codice aperto	Utilizzo di soluzioni informatiche che si basino su software Open source (es. whistleblowing, Televisita, Trasparenza)	SID	continuazione

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
		Revisione efficacia strumenti atti alla messa in sicurezza dell'integrità, confidenzialità e disponibilità dei servizi e dei dati, secondo specifiche procedure	SID	2025
	Pianificazione formazione connessa a digitalizzazione e sicurezza	Aumento e miglioramento delle competenze digitali del personale dipendente	RTD DPO	2025
	Avvio percorso di valutazione e regolamentazione utilizzo della IA in AO	Individuazione di soggetti da coinvolgere Suddivisione compiti analisi materiali di interesse esistenti Definizione obiettivi aziendali Pianificazione percorso	SID DSP DIPSA FVO	da 2025
	Pianificazione censimento dati e servizi AO	Individuazione di soggetti da coinvolgere Censimento dati, servizi e documenti AO che devono garantire continuità operativa, selezione di priorità, coordinamento e definizione di modalità operative aggiornate	SID DSP	2025
Accessibilità	Rimozione degli errori dai siti web istituzionali; testo di usabilità;	Dichiarazione di accessibilità Obiettivi di accessibilità	RTD	Entro 23.09 Entro 31.03
	affiancamento dipendenti in situazione di fragilità	Coordinamento personale dipendente con disabilità; valutazione di accomodamenti ragionevoli; revisione delle modalità di reclutamento, selezione e inserimento	Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità	continua lavoro programmato
	utilizzo Informa ENS	PROGETTO COMUNIC@ENS PRO: attivo in PS con possibilità di disporre di attivazione di un interprete dedicato in videochiamata nel giorno e ora indicato dal reparto/servizio e il tempo stimato di necessità e del tablet nei percorsi di persone assistite sorde che accedono ad altri servizi in ospedale, previa comunicazione ai Referenti Aziendali del Progetto. necessità.	Referente Progettazione Empowerment e Interventi e Umanizzazione e Referente Aziendale per la Direzione Sanitaria di Presidio	continuazione e progetto

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempi
	confronto con le associazioni di rappresentanza di categoria	ENS e Unione Ciechi si stanno confrontando per l'utilizzo del servizio condiviso	Referente Progettazione Empowerment e Interventi ei Umanizzazione e Referente Aziendale per la Direzione Sanitaria di Presidio	2025
	formazione e sensibilizzazione del personale dipendente	formazione e sensibilizzazione del personale dipendente sulle modalità comunicative e di presa in carico delle persone con situazioni di fragilità e disabilità e rispetto alle risorse attivabili	Referente Progettazione Empowerment e Interventi ei Umanizzazione e Referente Aziendale per la Direzione Sanitaria di Presidio CUGF FVO	2025

La pianificazione ed il monitoraggio della spesa e degli investimenti di ICT sono riconducibili nel budget SID all'interno della spesa, con voce separata.

Sottosezione di programmazione: Performance

Nel PIAO e soprattutto nella rendicontazione del monitoraggio viene reso evidente il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la mission istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire. Il processo di gestione della Performance descritto in questo paragrafo viene progressivamente operativizzato come illustrato negli allegati che verranno inseriti contestualmente all'avanzamento del processo di assegnazione e gestione degli obiettivi siano essi individuati all'esterno (Regione) che all'interno del processo di budget.

Le informazioni richieste sono contenute nei documenti allegati e accessibili dal portale aziendale pertanto facilmente e immediatamente raggiungibili sia dall'interno che dall'esterno dell'Azienda, implementati contestualmente al progressivo sviluppo dell'annualità di budget e delle modifiche e integrazioni operative sopraggiunte.

I dati di contesto esterno maggiormente rappresentativi per inquadrare l'attività aziendale sono stati inseriti nel capitolo 1.

La conoscenza del contesto epidemiologico, antropologico, sociale ed economico è data dalla condivisione dei dati fondamentalmente elaborati dall'ASLCN1^{40 41} e all'interno dell'Area Omogenea Piemonte Sud Ovest^{42 43}.

L'ASL CN1 si avvale della Conferenza dei Sindaci⁴⁴ come strumento istituzionale per la valutazione del fabbisogno assistenziale dei cittadini e per altre attività previste dalla vigente normativa, come nel caso del Piano Locale Cronicità^{45 46} e del Piano Locale di Prevenzione⁴⁷.

La collaborazione delle associazioni di volontariato e le organizzazioni del terzo settore è strumento di partecipazione dei cittadini alla vita degli ospedali S. Croce e Carle, strumento indispensabile non solo per la

⁴⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/>

⁴¹ <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

⁴² <http://www.aslcn1.it/amministrazione-trasparente/performance/>

⁴³ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente>

⁴⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

⁴⁵ <http://www.aslcn1.it/comunicazione/piano-locale-della-cronicita/>

⁴⁶ file:///C:/Users/somale_n/Downloads/Allegato_3b_Del_520-2018_del_27_12_2018_Piano_Cronicita.pdf

⁴⁷ <https://www2.aslcn1.it/nc/prevenzione/piano-locale-della-prevenzione/>

valutazione de servizi offerti ma anche per la rilevazione dei bisogni, la pianificazione dell'offerta, la corretta attuazione della stessa.

A partire dagli elementi rilevati tramite l'analisi delle segnalazioni, le informazioni ricavate con gli strumenti di survey e rilevazione proattiva, tra cui l'audit civico conclusosi a novembre 2024, si individueranno aree di miglioramento e si definiranno le modalità di verifica previste in relazione all'accessibilità.

La partecipazione ai tavoli di lavoro del progetto di welfare territoriale coordinato dalla Fondazione CRC denominato Wellgranda, offre l'opportunità di un costante confronto strutturato e di condividere progetti di interesse comune sotto diversi profili: iniziative a beneficio dei dipendenti ma anche della comunità locale, diffusione di informazioni e di buone pratiche su molteplici argomenti, suddivisione di ambiti di intervento con la finalità di ampliare l'offerta in relazione alle priorità rilevate.

Con la stessa logica l'Azienda partecipa attivamente a molteplici gruppi territoriali (es. Laboratorio donna, rete antiviolenza, rete antidiscriminazione), regionali e sovrazionali, sia di ambito strettamente clinico assistenziale sia amministrativo e culturale.

Anche la Fondazione per l'Ospedale di Cuneo, con la sede all'interno del S. Croce rappresenta un tassello importante per rafforzare la partecipazione del territorio (Enti, imprese, associazioni, singoli cittadini) tramite l'organizzazione di eventi, incontri con professionisti sanitari per illustrare le attività e i servizi dell'Azienda, promuovere iniziative finalizzate al miglioramento della salute e offre risorse importanti per rispondere ad esigenze rilevate sui dipendenti in merito al loro benessere. La Fondazione Ospedale Cuneo ha la capacità di intercettare grandi sponsor, contestualmente tante associazioni e privati cittadini: tutti, attraverso una donazione, anche piccola, come avvenuto per l'acquisizione della PET-CT di ultima generazione e come si appresta a fare per la riconversione dell'istituto Tomasini in un campus destinato ai giovani medici specializzandi, ma allo stesso tempo uno spazio aperto alla città, di scambio culturale e formazione, dimostrando di riuscire a indirizzare il movimento di interesse intorno all'ospedale cittadino verso realizzazioni concrete che difficilmente con le risorse pubbliche sarebbero possibili.

La realizzazione del valore pubblico atteso, come sintetizzato nella mission aziendale, è istituzionalmente connessa anche al raggiungimento degli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

I macro-obiettivi connessi al mandato del Direttore Generale⁴⁸. vengono tradotti in obiettivi operativi assegnati alle strutture all'interno delle schede di budget in cui, per ciascun obiettivo numerato progressivamente, risultano: la descrizione dell'obiettivo, l'indicatore che verrà utilizzato per dare evidenza del raggiungimento, lo standard da raggiungere ed il peso attribuito.

La premessa della valutazione, oltre all'atteso pareggio di bilancio⁴⁹, come stabilito dall'art.1, comma 865 della legge n. 145/2018 (legge di bilancio 2019) che ha disposto che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le provincie autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato, è dunque costituita dall'evidenza, pubblicata nella specifica area dei portali aziendali in Amministrazione Trasparente.

Al momento della redazione del presente documento la Regione non ha assegnato obiettivi per il 2025; gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'annualità 2024⁵⁰ sono stati trasmessi ai Direttori Generali con D.G.R. 7-8279 del 11/03/2024.

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

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

⁴⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

⁴⁹ ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (in attuazione anche dei principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella Legge n. 243/2012).

⁵⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/il-direttore-generale/>

Nei comunicati stampa emessi in occasione delle nomine e conferme dei Direttori generali piemontesi si parla di obiettivi vincolanti, che saranno assegnati ai Direttori e monitorati settimanalmente con incontri plenari. I punti su cui saranno valutati i direttori generali saranno: condivisione e aggiornamento costante del cruscotto digitale delle agende, incremento dei rapporti con la medicina territoriale e condivisione al 100% delle agende destinate a visite ed esami, sotto il coordinamento centralizzato di Azienda zero, per l'abbattimento delle liste di attesa, introduzione del direttore operativo per la cura generale delle strutture, istituzione della figura del direttore socio-sanitario che operi con i sindaci sui distretti e sul territorio per la realizzazione delle Case e degli Ospedali di comunità e per collegare il servizio sociale a quello sanitario, avvio di progetti di umanizzazione del pronto soccorso e, sempre per il miglioramento delle liste di attesa, l'avvio di turni serali e festivi. Sarà inoltre richiesto a tutti la massima disponibilità e il proprio contributo per avviare nel minor tempo possibile i primi Irccs pubblici del Piemonte, oltre a una particolare attenzione alla ricerca clinica e scientifica e la stretta collaborazione con le Università per proseguire e ampliare ancor di più l'importante percorso avviato in questi anni». Verranno generati ed analizzati report mensili sull'andamento dell'Azienda, richiesto l'abbattimento delle spese improduttive.

Verosimilmente alcuni obiettivi troveranno continuità nel 2025, in quanto esplicitati negli obiettivi di mandato.

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

Questa è la premessa generale che funge da punto di riferimento per tutte le valutazioni operative; per questo motivo vengono assegnati ad un gran numero di strutture obiettivi direttamente o indirettamente riconducibili al controllo delle spese o al rapporto costi-produzione.

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

Il governo dei tempi di attesa è uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Questo obiettivo è di grande interesse per tutti gli stakeholder, è direttamente connesso all'accessibilità, viene costantemente assegnato ai Direttori Generali ed è correlato anche indirettamente alla maggior parte degli obiettivi assegnati non solo alle strutture cliniche ma anche a quelle tecnico amministrative e di staff. Le iniziative poste in essere sono molteplici, come previsto a livello nazionale, regionale e aziendali e l'avanzamento viene costantemente monitorato e rendicontato a vari richiedenti. Le maggiori evidenze sono oggetto di pubblicazione sul portale aziendale⁵¹.

La Regione Piemonte con la DGR n.2-1980 del 23.09.2021 "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Il succitato Piano Regionale viene periodicamente aggiornato e, di conseguenza, l'A.O. S. Croce e Carle rielabora il Piano di Recupero delle Liste di Attesa con una logica sistemica agendo a livello programmatico e operativo su più livelli.

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

Nello specifico delle attività di screening previste dal Programma 4⁵², composto da ASL CN1 di Cuneo (capofila), ASL CN2 di Alba-Bra e AO S. Croce e Carle di Cuneo, il gruppo progetto interaziendale elabora, con cadenza annuale, un "Piano di Attività" (PAP) per la realizzazione del Programma stesso e il raggiungimento degli obiettivi definiti a livello regionale (PRP), su indicazione e timing regionale.

⁵¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa/>

⁵² D.G.R. 04.07.2016 N. 27-3570 "Aggiornamento dell'organizzazione del Programma regionale di screening oncologici, denominato 'Prevenzione Serena e individuazione del centro unificato regionale per l'esecuzione del test immunochimico di ricerca del sangue occulto nelle feci"

Obiettivo di mandato n. 4 – Miglioramento dei flussi informativi e dell’appropriatezza prescrittiva.

L’appropriatezza prescrittiva e l’aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l’efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l’efficiente allocazione delle risorse disponibili.

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

L’Azienda aderisce al Piano Nazionale Esiti (PNE)⁵³. I dati degli indicatori prescelti sono pubblicati nell’apposita area di Amministrazione Trasparente⁵⁴, come richiesto dalla Legge di stabilità 2015, associati a specifici obiettivi di budget, mensilmente monitorati.

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

L’investimento in termini di affiancamento e supporto ai clinici, anche tramite specifico corso di formazione, va nella direzione di aumentare l’autonomia e la consapevolezza dei ruoli manageriali, nella partecipazione attiva ed informata alle proposte ed alle scelte strategiche e ad una corretta e periodica autovalutazione che consenta un raggiungimento sempre più alto e soddisfacente degli standard concordati.

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

Si continuerà a procedere alla verifica della coerenza tra i dati dei flussi informativi inviati mensilmente dalle Aziende circa la distribuzione diretta ed i consumi ospedalieri e gli analoghi valori mensili consolidati a fine anno, nonché verifica di disponibilità, completezza e qualità, del miglioramento nel tempo dell’acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati di monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici⁵⁵.

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

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

È entrato a regime il percorso di monitoraggio delle modalità di gestione dei DEA/PS e dei processi organizzativi correlati (boarding da parte delle Unità Organizzative ospedaliere; percorsi di dimissione; presa in carico territoriale), al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti attraverso la condivisione di una metodologia uniforme a livello regionale basata sui flussi informativi disponibili e compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding.

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

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

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

Le linee di indirizzo formalizzate dalla Direzione sono indicate nelle macro aree tematiche (cfr allegato) che danno inizio del processo di budget e possono essere così sintetizzate:

⁵³ <http://95.110.213.190/PNEed15/>

⁵⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/performance/monitoraggio_indicatori_piano_nazionale_esiti_pne/

⁵⁵ Decreto Ministeriale 11 giugno 2010 “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale”

Macro Area Governo dei fattori produttivi:

1. Equilibrio economico-finanziario dell'Azienda (rispetto del rapporto produzione/costi e del budget assegnato alle Strutture);
2. Volume di ricoveri e interventi chirurgici come da indicatori del PNE
3. Definizione e sviluppo di azioni finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo, l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica, attraverso il governo della spesa farmaceutica dei medicinali ad alto costo (antibiotici, antimicotici, emoderivati, ecc.) e dei farmaci distribuiti ai pazienti cronici e appartenenti a percorsi di presa in carico aziendale

Macro Area Esiti e Qualità dell'Assistenza:

1. Miglioramento dei risultati relativi agli indicatori di qualità rappresentati nella Treemap del PNE;
2. Programma di screening oncologico regionale (rispetto della copertura da inviti e da esami per la popolazione target di riferimento);
3. Donazioni d'organo: segnalazione dei soggetti in morte encefalica (BDI%), non opposizioni alla donazione d'organi, donatori di cornee;
4. Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente;
5. Prevenzione del rischio infettivo

Macro Area Performance Individuale

1. Governo dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e interventi chirurgici secondo quanto indicato nel PNGLA e nella normativa regionale;
2. Ottimizzazione della gestione del posto letto secondo i parametri nazionali, regionali e le indicazioni aziendali (appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso, riduzione del boarding, degenza media, intervallo di turn-over, indice di rotazione per posto letto, tasso di occupazione);
3. Gestione delle risorse umane assegnate attraverso l'utilizzo di indicatori di produttività e indicatori relativi ai comportamenti
4. Qualità dei flussi informativi (rispetto delle scadenze di chiusura delle SDO, rispetto delle tempistiche del flusso del File F).

Macro Area Processi di supporto e amministrativi

1. Adeguamento infrastrutturale delle applicazioni aziendali FSE 2.0 nel rispetto delle tempistiche degli standard regionali;
2. Qualità e tempestività dei processi di acquisizione di beni, servizi e attrezzature;
3. Trasparenza: costante adeguamento agli adempimenti previsti e implementazione della comunicazione aziendale con i portatori di interesse. Revisione generale dei regolamenti dell'Azienda;
4. Anticorruzione: gestione del rischio in un'ottica sistemica di integrazione con la valutazione dei rischi aziendali come previsto dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione;
5. Miglioramento della qualità dei flussi informativi dei dispositivi medici secondo le indicazioni ministeriali e regionali, intesi come rapporto tra spesa e consumi (quantità contrattualizzata, acquistata e utilizzata);

6. Mappatura dei procedimenti e dei processi in ambito amministrativo;
7. Messa in opera della cartella clinica informatizzata in tutte le Strutture Aziendali

Sono esclusi dal PIAO⁵⁶ gli adempimenti di carattere finanziario non contenuti nell'elenco di cui all'articolo 6, comma 2, lettere da a) a g), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ma è in ogni caso riconosciuto, come indispensabile il raccordo con i documenti di Bilancio.

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

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

I documenti di Bilancio, pubblicati nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente, sono il Bilancio di Previsione con scadenza 30/11/2024 e il Bilancio Consuntivo con scadenza 30/04/2025; scadenze previste dalle disposizioni legislative vigenti. Inoltre quale strumento di programmazione è anche predisposta la Delibera del Direttore Generale di Assegnazione Budget.

Gli obiettivi aziendali vengono declinati sui singoli Centri di Responsabilità/Centri di Costo e sono pubblicati in allegato "work in progress" al PIAO⁵⁷.

Nel 2025 cambierà sensibilmente l'avvio del ciclo di budget, con l'intento di ottimizzare la gestione dei processi ed agire con tempestività: non si procederà più con la raccolta delle proposte degli obiettivi da parte dei Responsabili di struttura e di Dipartimento ma il Comitato budget elaborerà centralmente, sulla scorta delle indicazioni poste dalla Direzione per le diverse aree programmatiche sulla scorta dell'analisi dei bisogni a livello di Area Omogenea Piemonte Sud Ovest, delle possibili indicazioni regionali e delle priorità aziendali, anche in vista della realizzazione del nuovo ospedale e dei finanziamenti PNRR, possibili obiettivi che poi i Direttori di Dipartimento dovranno contestualizzare con i propri direttori di struttura complessa e semplice.

Le proposte verranno trasmesse dal Comitato Budget aziendale ai Direttori di Dipartimento a partire da gennaio 2025, mirando a pervenire entro febbraio alle schede di budget, quantomeno per le strutture sanitarie.

I criteri guida per l'esercizio del 2025, analogamente a quelli dell'anno precedente, prevedono di assegnare obiettivi ai Direttori di Dipartimento finalizzati alla pianificazione dell'utilizzo delle risorse (umane, tecnologiche, logistiche, ecc.) per la realizzazione degli obiettivi regionali e l'attuazione delle attività.

Le schede obiettivo sottoscritte e comunicate a tutti gli operatori possono essere verificate in corso d'opera in base al quadro epidemiologico, agli obiettivi regionali e ad intercorse esigenze, anche grazie alla possibilità di consultare in tempo reale specifici cruscotti direzionali. Le variazioni significative vengono formalizzate e registrate.

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

Con la delibera n. 585 del 24.12.2021 è stato costituito il Comitato Budget dell'Azienda con il compito, tra l'altro, di fornire contributi alla Direzione Aziendale nel processo di programmazione e controllo del sistema di budget e valutazione della performance, ai sensi del D.L. 150/2009.

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

⁵⁶ art. 2, comma 2 decreto DPR n. 132 del 30.06.2022

⁵⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/performance/piao-1/#c8116>

I Responsabili delle Strutture Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria di Presidio, Di.P.Sa., Farmacia Ospedaliera, Acquisti Beni e Servizi, SID e Tecnico sono incaricati di adempiere alle incombenze amministrative ed organizzative connesse al raggiungimento ed al monitoraggio degli obiettivi.

Le fasi del processo sono riassumibili come segue:

Fase preparatoria

La Direzione Aziendale, sulla base delle indicazioni regionali, fornisce le linee di programmazione per l'anno di esercizio specificando le macro aree all'interno delle quali individua gli obiettivi strategici aziendali.

Le linee vengono comunicate al Collegio di Direzione e rese visibili a tutti i dipendenti e stakeholder attraverso la pubblicazione sull'apposita area web.

Fase di elaborazione

I Direttori di Dipartimento si fanno parte attiva nell'elaborazione di obiettivi operativi, corredati dalla definizione delle risorse necessarie, degli indicatori, degli standard di riferimento e delle relative tempistiche di raggiungimento, nonché dell'integrazione con altre strutture aziendali, con i propri direttori di struttura complessa e semplice, nei modi e nei tempi indicati.

Fase di definizione

Il Comitato budget e la Direzione Aziendale verificano la coerenza degli obiettivi dei singoli Dipartimenti e delle singole strutture.

Una volta firmati dal Direttore Generale gli obiettivi diventano ufficiali.

I Direttori di Dipartimento consegnano ufficialmente gli obiettivi ai singoli Direttori di Struttura che, a loro volta, provvedono ad assegnarli ai membri della loro equipe.

L'OIV viene aggiornato circa l'iter di avanzamento delle proposte e dell'assegnazione definitiva.

Fase di attuazione

Su mandato della Direzione i Responsabili delle Strutture Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria di Presidio, Di.P.Sa., Amministrazione del Personale, Farmacia Ospedaliera, Acquisti Beni e Servizi e DAPO, Formazione e Valutazione degli Operatori adempiono alle incombenze amministrative ed organizzative derivanti dalla programmazione del budget.

Le Strutture perseguono il raggiungimento degli obiettivi assegnati e, attraverso il monitoraggio costante degli indicatori, laddove si registrino scostamenti significativi, mettono in atto le azioni correttive per la realizzazione degli obiettivi.

Le schede possono essere modificate anche per input della Direzione e in relazione ad indicazioni regionali.

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

Solo se strettamente necessario, e previa approvazione della Direzione, gli obiettivi possono essere aggiornati e riassegnati.

La Struttura Controllo di Gestione, in collaborazione con la Struttura Sistema informativo Direzionale, aggiorna i cruscotti direzionali per il monitoraggio della performance.

Fase di valutazione

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

L'OIV valuta il raggiungimento degli obiettivi delle singole Strutture al fine di procedere alla valutazione individuale degli operatori per l'attribuzione del premio di produttività.

La disponibilità costante di referenti di settore per facilitare l'attuazione degli obiettivi, l'implementazione dei dati a disposizione per orientare le decisioni e correggere le eventuali difficoltà realizza una possibilità di monitoraggio sempre più efficace ed efficiente.

Il flusso di individuazione, assegnazione, monitoraggio degli obiettivi di budget e la sua verifica complessiva è evidente dalle schede di budget e dalle schede di valutazione, nonché dai verbali dell'OIV e dalle relazioni di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale.

Degli obiettivi assegnati internamente all'Azienda rispondono i Direttori di Struttura e di Dipartimento che sottoscrivono le schede. Le ricadute in termini di valutazione e assegnazione degli incentivi economici sono formalizzate nelle schede di valutazione.

Nelle singole schede sono indicati per ciascun obiettivo: la descrizione, l'indicatore, lo standard di riferimento ed il peso e la rendicontazione finale è formalizzata in apposito provvedimento, in seguito a quanto verbalizzato nelle sedute OIV. Ogni struttura deve trasmettere evidenza dell'autovalutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati attraverso le registrazioni pattuite. Quando possibile il controllo in corso d'opera ed in forma incrociata avviene tramite i cruscotti direzionali che monitorizzano l'attività. Il ruolo dei monitoranti spesso prevede una valutazione parallela ed indipendente dei dati necessari ad analizzare lo stato di realizzazione degli obiettivi. L'OIV può richiedere in qualsiasi momento ulteriori dati e/o precisazioni; i Direttori possono presentare controdeduzioni in caso di disallineamento tra le autovalutazioni presentate e le valutazioni riconosciute dall'OIV. Al termine del periodo indicato viene formalizzato con provvedimento il raggiungimento definitivo degli obiettivi e della percentuale complessiva a livello di Struttura e Dipartimento.

La tabella di valutazione prevista per il 2025 è quella approvata nella seduta OIV del 22 aprile 2024, descritta nel SiMiVaP 2024 e comunicata contestualmente a tutti i direttori e responsabili di struttura in occasione della sottoscrizione delle schede, nonché pubblicata nella sezione intranet dedicata alla gestione del budget.

Tabella 26 Schema per valutazione obiettivi 2025

% di raggiungimento del <u>singolo</u> obiettivo	% di assegnazione del <u>singolo</u> obiettivo
Tra 51% e 100%	in base alla percentuale raggiunta
Tra 0% e 50%	0%

La pianificazione di azioni correttive

La pianificazione di azioni correttive in caso di mancato raggiungimento avviene in relazione al livello di monitoraggio precedentemente descritti.

A seconda degli scostamenti riscontrati la pianificazione può essere:

- interna alla/e Struttura/e titolare/i di obiettivo, anche in collaborazione con i monitoranti incaricati (a questo livello non è richiesta documentazione delle azioni ma si fa riferimento al risultato effettivo sull'obiettivo);
- condivisa con la Struttura Controllo di Gestione e archiviata nella documentazione di budget;
- sollecitata direttamente dal livello aziendale centrale e su richiesta della Direzione, anche rispetto a specifiche indicazioni regionali e su indicazione dell'OIV o del Collegio Sindacale.

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

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

Tutta la documentazione raccolta e periodicamente analizzata a cura dei monitoranti associati ad ogni obiettivo e dal Controllo di Gestione è archiviata nella rete informatica interna.

La rendicontazione pubblica è prevista dai momenti assembleari programmati, quali la Conferenza dei Sindaci, nonché in quelli straordinari, ad oggi ipotizzabili, ad esempi, in relazione allo stato di valutazione della realizzazione del nuovo ospedale, nonché dalla pubblicazione dei monitoraggi previsti nelle apposite aree del portale aziendale.

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

Continuerà anche per il 2025 la manutenzione dei Centri di Costo e il coinvolgimento dei Direttori e Responsabili di struttura.

Sono alimentati cruscotti direzionali personalizzati per i diversi livelli di responsabilità aziendale, aggiornati mensilmente e si tengono incontri periodici di confronto con le diverse Strutture aziendali.

I programmi prioritari per la valutazione e il miglioramento della qualità vengono selezionati annualmente dalla Direzione Strategica con lo scopo di incidere su uno o più dei seguenti aspetti della qualità delle prestazioni sanitarie:

- qualità professionale;
- qualità organizzativa;
- qualità percepita.

Dal 1 gennaio 2026 si attende il passaggio al nuovo applicativo contabile AMCO, analogamente a quanto sta avvenendo presso le aziende ASL CN1 e ASL CN2, che inizieranno ad utilizzare il nuovo applicativo amministrativo contabile dal 1 gennaio 2025. Tale passaggio comporterà una notevole mole di lavoro propedeutica alla corretta transizione di tutti i dati contabili dall'applicativo attualmente in uso (NFS della ditta Dedalus) ad AMCO, alle attività di test e alla formazione del personale.

Alla luce della nuova organizzazione amministrativa, sarà necessario un aggiornamento del Piano Attuativo per la Certificabilità del Bilancio (PAC), con il coinvolgimento di tutte le Strutture amministrative aziendali.

Il Sistema Qualità

L'adozione di un Sistema di Gestione della Qualità rappresenta per la l'Azienda una decisione strategica poiché contribuisce al miglioramento delle prestazioni complessive, fornisce una solida base per iniziative di sviluppo sostenibile ed aumenta la consapevolezza dell'organizzazione, sia relativamente alla propria mission, sia all'impegno della stessa nel soddisfare i bisogni e le aspettative degli utenti e delle parti interessate.

In tale contesto la definizione della politica della qualità, nonché degli obiettivi e dei processi tesi al perseguimento del miglioramento continuo hanno quali principi ispiratori eguaglianza, imparzialità, continuità delle cure, coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni nella valutazione della qualità erogata, cultura del rischio e sperimentazione organizzativa-gestionale.

Il modello organizzativo che l'Azienda intende perseguire contempla l'analisi dei processi di governance organizzativa e clinico gestionale quale come strumento di evidenziazione di punti di forze, criticità e spazi di miglioramento. Tale approccio consente di lavorare sulla messa in essere di politiche di implementazione di processi operativi che generano valore per l'Azienda, per i cittadini e per le parti interessate.

La Direzione Strategica si impegna ad implementare un Sistema di Gestione Qualità diffuso a tutti i livelli funzionali aziendali selezionando annualmente le linee di indirizzo strategico per la valutazione e il miglioramento dei processi e delle performance aziendali nei tre ambiti della qualità:

- qualità professionale;
- qualità organizzativa;
- qualità percepita.

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. Esse sono contenute nel Piano Qualità dell'anno di riferimento.

Di particolare rilievo per l'Azienda è il perseguimento del miglioramento della qualità professionale evidenziato dalle attività di:

- elaborazione, adozione, aggiornamento e monitoraggio di procedure, protocolli, istruzioni operative, ...;
- partecipazione a progetti di miglioramento;

- collaborazione alla realizzazione di progetti di empowerment per il cittadino;
- elaborazione, revisione e valutazione dei percorsi di salute diagnostico terapeutici ed assistenziali anche attraverso il monitoraggio di indicatori e l'effettuazione di audit clinico organizzativi.

Nel biennio 2025-2027 proseguiranno le attività volte al mantenimento sia dell'Accreditamento Istituzionale della Regione Piemonte con particolare riferimento alla sistematica manutenzione del Sistema Documentale Aziendale, sia dell'Accreditamento Regionale del servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.

Proseguirà la partecipazione alla formazione regionale inerente la verifica dei requisiti di Accreditamento Istituzionale sia per gli auditor già formati sia per nuovi valutatori.

Continuerà inoltre il monitoraggio degli Accreditementi all'Eccellenza e della Certificazione secondo la Norma ISO 9001 per i settori interessati. In modo particolare è previsto, oltre alla manutenzione degli accreditamenti JACIE, FCSA per il Centro Trombosi, EFI all'interno del processo di gestione dei trapianti e Kedrion per la produzione di emoderivati per l'industria il supporto nella preparazione alle visite di accreditamento SIED all'interno dell'attività di endoscopia digestiva e all'accreditamento IASIOS per le procedure oncologiche di radiologia interventistica.

A seguito dell'autorizzazione AIFA dell'Unità Clinica Studi in fase 1 – Ematologia proseguirà la collaborazione con il Team Quality per le attività di competenza.

Proseguirà l'elaborazione di specifica reportistica di valutazione dei percorsi oncologici aziendali, secondo le scadenze definite dalla Rete Oncologica e con il supporto dei Coordinatori GIC e dei referenti CAS.

Verranno inoltre implementate, in collaborazione con il Rischio Clinico e la FPCT, attività annuali di monitoraggio ed audit organizzativo-documentale relativamente all'applicazione di procedure generali considerate "core" dalla Direzione Aziendale.

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

Nell'area intranet del SPP sono descritte le modalità di lavoro e l'organizzazione della sicurezza sul lavoro con l'indicazione delle principali figure e relativi compiti, sono inoltre contenuti documenti di sintesi delle attività e della valutazione dei rischi oltreché riferimenti relativi a infortuni, rischi interferenti e inserimento di personale nelle strutture aziendali e contenuti tutti i documenti principali analogamente a quanto avviene per il Rischio Clinico e per il Comitato Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali⁵⁸.

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

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

È deliberato specifico gruppo aziendale che si occupa della sicurezza degli Operatori con relativo Coordinatore⁵⁹.

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

Per quanto riguarda la **sicurezza dei pazienti**, coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e regionali in materia di risk management/rischio clinico, continueranno le azioni e gli interventi aziendali finalizzati a consolidare l'azione di diffusione della "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa", la promozione di interventi mirati alla prevenzione e al contenimento degli eventi avversi, l'elaborazione di procedure, protocolli e mappe dei rischi, finalizzati ad assicurare adeguati standard di sicurezza. Verrà altresì favorita la visione unitaria delle diverse "sicurezze" aziendali, attraverso il monitoraggio coordinato e continuativo tra le funzioni aziendali, con particolare riguardo verso la sicurezza dei pazienti, degli operatori e delle tecnologie/apparecchiature.

⁵⁸ <http://intranet.scroce.loc/home/strutture/home.asp>

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

Il modello di gestione del **rischio clinico** rimarrà immutato; in particolare proseguiranno le attività riguardanti gli obiettivi del Programma Regionale per la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025 come segue.

Azione 1. Monitoraggio sulle iniziative e sui risultati delle ASR e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate relativi alla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti: monitoraggio implementazione Raccomandazioni Ministeriali /Linee di indirizzo regionali; monitoraggio implementazione e adeguamento linee guida pubblicate ai sensi dell'art. 5 L. 24/2017; azioni finalizzate all'implementazione di campagne per la sicurezza del paziente.

Azione 2. Monitoraggio delle attività di gestione e comunicazione degli eventi avversi: monitoraggio ed analisi di eventi avversi ed eventi sentinella ed implementazione delle azioni di miglioramento; raccolta elementi informativi strutture sanitarie accreditate stabiliti dall'allegato A) del Decreto 19 dicembre 2022; definizione di metodi e strumenti efficaci per la comunicazione dell'evento avverso all'interno della struttura, fra operatori e, all'esterno, al paziente ed ai famigliari, progettazione e realizzazione di percorsi formativi a livello regionale e aziendale.

Azione 3. Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie e socio- sanitarie: monitoraggio su procedure aziendali di prevenzione e gestione delle cadute.

Azione 4. Sicurezza in sala operatoria - monitoraggio sistematico dell'uso della check list in sala operatoria: monitoraggio della check list presso U.O. Chirurgiche.

Azione 5. Prevenzione degli errori in terapia farmacologica–riconciliazione terapia farmacologica: adozione della scheda ricognizione/riconciliazione.

Azione 6. Implementazione e monitoraggio della raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica: autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica (audit PRORA).

Azione 7. Sviluppo della cultura della sicurezza: realizzazione di percorsi formativi specifici destinati ai clinici allo scopo di implementare l'utilizzo sistematico degli strumenti di analisi del rischio clinico e delle linee guida; realizzazione di percorsi formativi sulla gestione dei sinistri RCT/O, con particolare riguardo alla fase di valutazione/riservazione, dedicati al personale coinvolto nei Comitati gestione sinistri.

Azione 8. Programma per la copertura e gestione dei rischi di responsabilità civile RCT/o delle aziende sanitarie regionali: raccolta sistematica dei dati relativi alle denunce sinistri al fine di favorire la conoscenza della dimensione del rischio e consentire la predisposizione di un piano di intervento a medio/lungo termine idoneo a ridurre i danni conseguenti ad errori umani e di sistema.

Azione 9. Politiche di empowerment rivolte al cittadino e operatori relative alle strutture sanitarie e socio-sanitarie: valutazione partecipata della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle strutture ospedaliere e territoriali; sviluppo di progetti formativi per garantire idonei strumenti di comunicazione con i pazienti; sviluppo e sperimentazione di buone pratiche di promozione della salute in partnership con persone assistite e cittadini.

Azione 10. Violenza operatore: implementare misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno delle strutture aziendali; attivazione flusso informativo dedicato agli eventi avversi "Violenza su operatore".

Azione 11. Buone pratiche contenitive – contenzione fisica: diffusione Linee di indirizzo regionali.

Azione 12. Analisi a priori del rischio: analisi a priori riguardo ai principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie a maggior rischio ed implementazione azioni di miglioramento (1 Percorso persona assistita in Emergenza - DEA – PS 2. Percorso persona assistita in area materno infantile).

Azione 13. Progetto sicurezza trasfusionale - monitoraggio sistematico della raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO; monitoraggio della implementazione e del corretto funzionamento del COBUS di cui all'Accordo Stato Regioni del 21/12/2017; monitoraggio, da parte delle ASR (della corretta applicazione della pratica trasfusionale nei reparti, con particolare riguardo alle modalità per ridurre gli eventi avversi trasfusionali (corretta identificazione del paziente/ricevente ed utilizzo di stringhe identificative), delle azioni per l'implementazione di percorsi di PBM aziendali).

Azione 14. Rete nazionale della dispositivo-vigilanza – ambito regionale del Piemonte: definizione di strumenti formativi atti a garantire la sensibilizzazione degli operatori sanitari e una corretta gestione della Dispositivo-Vigilanza nella regione Piemonte.

Azione 15. Rischio infettivo e rischio clinico: analisi dei dati presenti nei tre archivi descrivendoli per tipologia di interventi chirurgici, aziende coinvolte, proporzione di eventi rappresentati sul totale degli interventi chirurgici effettuati in regione; identificazione della tipologia di interventi prevalenti fra quelli riportati dai tre sistemi di sorveglianza e analisi sui dati aziendali della sensibilità e specificità del rilevamento di eventi avversi rappresentati dalle Infezioni del Sito Chirurgico; tracciabilità delle attività di prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Nell'anno 2024 proseguiranno gli audit e le mappature dei rischi mediante metodi proattivi e le verifiche sul campo di medicinali e dispositivi medici in collaborazione con la Farmacia Ospedaliera e la Direzione Sanitaria di Presidio.

L'AO ha cercato di implementare la sicurezza delle cure e la qualità con l'intento di consolidare una logica di sistema che ha teso ad integrare le diverse funzioni implicate nella gestione del rischio sanitario e delle altre tipologie di rischio, con la finalità di innalzare anche il grado di resilienza degli operatori e quindi dell'organizzazione cercando, attraverso l'implementazione di logiche proattive, di mitigarne l'approccio difensivo.

È ferma convinzione che lo sviluppo di interventi efficaci discenda non solo dalla comprensione delle criticità dell'organizzazione, ma anche dalla reale diffusione di una consapevolezza che consenta di superare gli individualismi e le resistenze culturali, barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi e a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

La cultura del lavoro di team deve essere alla base del processo di miglioramento che nasce proprio dalle singole disfunzioni interne e dalla ferma convinzione di superarle.

In tema di **sicurezza e tutela dei lavoratori**, proseguirà l'organizzazione interna di corsi di formazione indirizzati al personale dipendente e saranno implementate le procedure ed il monitoraggio dei dati di sorveglianza sanitaria.

Insieme alla prosecuzione dei lavori connessi al riesame dei dati emersi dall'analisi del rischio stress lavoro correlato, verranno riproposti nel 2025 percorsi formativi di attività Fisica Adattata (AFA) e di mindfulness, entrambi finalizzati al miglioramento della performance e del clima lavorativo.

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

- modalità organizzative e procedure di gestione delle risorse tecnologiche (il piano investimenti viene approvato secondo quanto definito dalla normativa vigente);
- modalità di lavoro che favoriscano l'attività contrattuale nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, in coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di economicità, efficacia, imparzialità;
- la programmazione degli acquisti, come previsto dalla normativa coerentemente con le misure di contrasto alla corruzione, mirando all'ottimizzazione delle risorse e alla sempre maggior centralizzazione sovra aziendale del governo dei processi di acquisizione per importi rilevanti.
- Il Programma biennale degli acquisti di beni e servizi è regolarmente pubblicato nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁶⁰, così come il programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali⁶¹.

Per quanto riguarda la situazione del parco tecnologico, per l'anno 2025 continuerà l'affidamento all'esterno del servizio di gestione della manutenzione delle basse e medie tecnologie e la stipula di contratti specifici di manutenzione in relazione alle alte tecnologie e il coordinamento complessivo da parte di tecnici specialisti interni.

Nel corso dell'anno 2025 entreranno in servizio le ultime grandi apparecchiature acquisite in ambito PNRR (in particolare un polifunzionale radiologico digitale, una CT-SPECT, un tomografo computerizzato 128 banchi, un tomografo a risonanza magnetica con induzione del campo statico da 1,5 Tesla) che si affiancheranno a quelle già collaudate nel corso del 2023 e 2024 e alla RNM 3T e alla nuova PET donata dalla Fondazione Azienda Ospedaliera ETS, entrate in servizio nel secondo semestre 2024. A fine novembre è stata inaugurata la nuova PET-CT, donata dalla Fondazione Ospedale. E' completa della piattaforma software MiM (Medical Image Management), un sistema avanzato per gestire, analizzare e condividere le immagini mediche, facilitando al contempo il flusso di lavoro grazie all'impiego dell'Intelligenza Artificiale. Questa tecnologia consente ai medici di vedere e confrontare immagini ad alta precisione in modo rapido e sicuro, facilitando diagnosi più accurate e un monitoraggio dettagliato dei pazienti nel tempo. L'innovazione di MIM sta nella sua capacità di integrare e sovrapporre immagini provenienti da diverse

⁶⁰ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/bandi_di_gara_e_contratti/

⁶¹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/opere_publiche/

fonti, riducendo gli errori e migliorando il flusso di lavoro tra reparti e specialisti. La ditta fornitrice ha definito con la Fondazione un accordo triennale volto a supportare la ricerca, che potrà portare innovazioni preziose per la sanità locale.

Grazie al ricorso a finanziamenti regionali, derivanti dal Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni Centrali e dal Fondo per Sviluppo e Coesione, nel 2025 si avvierà un importante progetto per un moderno sistema integrato di gestione delle immagini nelle sale operatorie, in piastra endoscopica e nelle sale interventistiche e per il rinnovo dei tavoli operatori e delle lampade scialitiche nei blocchi operatori.

A seguito dei lavori per il miglioramento antisismico del presidio Carle, a fine 2024 sono state inoltre trasferite presso il presidio Santa Croce tutte le diagnostiche di Radiologia, come ad esempio i mammografi, concentrandole in un solo polo ad altissima capacità diagnostica e terapeutica.

Nel 2025 si intensificheranno le attività relative alla gestione dei fondi PNRR sia per quanto riguarda la rendicontazione, che le verifiche da eseguire durante tutto l'iter relativo al processo delle fatture dei fornitori, ossia dal ricevimento della fattura elettronica dallo SDI fino all'emissione del Mandato di pagamento; alla luce di tali attività sarebbe opportuna l'istituzione di un gruppo di lavoro dedicato ad eseguire tutti i controlli necessari, anche dal punto di vista dell'antiriciclaggio e anticorruzione.

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

Bandi di gara e contratti

A decorrere dal 1° gennaio 2024 è entrato pienamente in vigore quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 (Codice dei contratti pubblici).

Le strutture aziendali maggiormente coinvolte nel processo di acquisizione hanno ricevuto specifica formazione, attuato modalità di confronto interno ed esterno soprattutto di fronte alle questioni operative che di volta in volta hanno richiesto modalità interpretative.

Le piattaforme di cui maggiormente ci si avvale (es Acquisti in rete PA di Consip S.p.a. , MEPA, Sintel della Regione Lombardia), per quanto regolarmente certificate non si sono ancora pienamente adattate per assolvere, ad esempio, in maniera chiara, coerente e completa agli adempimenti previsti in termini di messa a disposizione, senza duplicazioni, di dati, informazioni e documenti previsti dal Codice dei contratti per le gare avviate dal 1 gennaio 2024.

In assenza, al momento, di un format aggiornato a livello nazionale sugli Obblighi di pubblicazione soprattutto in relazione all'ambito Bandi di gara e contratti, si fa riferimento alla Delibera ANAC n. 263 del 20.6.2023 come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023.

Non vi è dubbio che la digitalizzazione end-to-end del ciclo di vita dei contratti pubblici rappresenti la maggiore innovazione di processo almeno degli ultimi vent'anni ed è altrettanto indubbio che un ecosistema di approvvigionamento completamente interoperabile e pensato nativamente in chiave digitale possa apportare benefici enormi all'operatività delle stazioni appaltanti e degli operatori economici, in termini di maggiore efficienza, trasparenza e semplificazione.

La digitalizzazione ha richiesto e continua a richiedere un profondo riadattamento delle precedenti modalità operative; i cui vantaggi talvolta non vengono percepiti con immediatezza anche per via del non perfetto funzionamento degli strumenti di supporto. Il nuovo gestore documentale piuttosto che le modalità stesse previste dalla legislazione vanno nella direzione di uniformare i dati e le informazioni, di realizzare una concreta trasparenza e di sgravare le Aziende dalle richieste di accesso.

Nel 2025 si continuerà il percorso formativo ed organizzativo previsto per la piena attuazione del Codice, nonché il confronto tra le strutture maggiormente coinvolte per far fronte alle criticità.

La progressiva digitalizzazione ha messo le Ditte in condizioni di maggiore facilità nell'interlocuzione con la Pubblica Amministrazione, dando la possibilità di conoscere in tempo reale l'esito delle procedure e porre osservazioni sulle scelte aziendali. Allo stesso tempo, il fatto che questa Azienda Ospedaliera possa manifestare in modo puntuale le scelte aziendali in merito alle caratteristiche dei prodotti richiesti e di rispondere alle osservazioni con elementi probatori, ha portato ad una riduzione del contenzioso.

Lavori, manutenzione e risparmio energetico

L'Azienda proseguirà nell'esecuzione e pianificazione di numerosi interventi di natura edile ed impiantistica all'interno delle due strutture ospedaliere volti all'adeguamento normativo, al miglioramento dell'attività sanitaria e all'umanizzazione delle degenze e dei servizi.

Sono state a tal fine individuate alcune "macroaree" strutturali e funzionali di seguito descritte.

1. Ristrutturazione degenze e reparti sanitari

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

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

Nel 2025 continueranno sistemazioni di aree sanitarie e locali destinati ad attività di supporto, sulla base di programmi definiti con la Direzione Sanitaria e in relazione alle risorse che saranno rese disponibili, a titolo di esempio alcune zone del Laboratorio Analisi del piano terra S. Croce.

2. Lavori connessi alla fornitura di grandi attrezzature

Con riferimento alla installazione di grandi attrezzature, nel 2024, sono conclusi o in fase di completamento i lavori di adeguamento preliminare alla fornitura delle seguenti grandi apparecchiature (PNRR missione 6):

- Gamma Camera in Medicina Nucleare
- Gamma Camera TAC in MN
- Diagnostica digitale diretta e Ortopantomografo in Radiologia S. Croce, primo piano
- Diagnostica digitale diretta presso il Pronto Soccorso
- TAC in Radiologia S. Croce al piano terra
- Acceleratore Lineare presso la Radioterapia del S. Croce

I lavori di adeguamento correlati alla fornitura delle seguenti grandi apparecchiature (PNRR missione 6) previsti per il 2025 sono:

- Diagnostica digitale diretta in Radiologia S. Croce, primo piano
- Risonanza magnetica da 1.5 Tesla
- Gamma Camera TAC presso MN e lavori complementari di riorganizzazione percorsi reparto
- TAC in Radiologia al S. Croce piano primo e riorganizzazione percorsi reparto.

3. Lavori di manutenzione straordinaria, adeguamento e messa a norma

A) Lavori di adeguamento dei presidi ospedalieri alle norme antisismiche

È in corso l'adeguamento antisismico dell'Ospedale A. Carle per la porzione vincolata, blocco A, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ricadente nella missione 6 - Salute, M6C2I1.2.1, per un "ospedale sicuro e sostenibile". I lavori sono iniziati in ottobre 2024 e la conclusione è prevista entro marzo 2026. Tali interventi hanno richiesto nel corso del 2024 diversi adeguamenti e spostamenti di attività sanitaria sia presso il presidio S. Croce che nel presidio A. Carle.

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

B) Lavori di adeguamento edilizio e antincendio

Proseguono gli interventi di adeguamento strutturale ed edilizio, tra i quali si evidenziano gli interventi di adeguamento antincendio sul presidio S. Croce, riguardanti la sostituzione o revisione di impianti obsoleti e l'integrazione della compartimentazione REI richiesti mediante il sistema "Edisan". In particolare nel 2025 è previsto

siano approvati e progettati gli interventi finanziati con fondi di cui alla Legge n. 145/2018 per entrambi i presidi ospedalieri.

Nell'ambito dei finanziamenti richiesti con i Fondi di Sviluppo e Coesione (FSC) è stato inserito anche il rifacimento per adeguamento normativo della sala settoria.

C) Lavori o interventi in corso e in previsione per il contenimento dei consumi energetici:

- Continuazione delle attività di progressiva sostituzione di lampade fluorescenti con altrettanti apparati a LED.
- Sostituzione dei serramenti esterni nell'ambito di interventi di adeguamento e ristrutturazione.

Nel 2024 sono stati affidati i servizi di progettazione degli interventi sotto riportati. Concluse le progettazioni specifiche si procederà all'avvio dei seguenti interventi in ambito di manutenzione straordinaria per l'efficientamento energetico, mediante sostituzione delle apparecchiature esistenti con le nuove tecnologie presenti sul mercato in grado di migliorare i rendimenti di funzionamento nelle varie condizioni di esercizio, per i quali stati richiesti specifici finanziamenti con i Fondi di Sviluppo e Coesione (FSC):

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

Nell'ambito dei finanziamenti con i Fondi di Sviluppo e Coesione (FSC) sono stati ulteriormente inseriti:

- l'adeguamento dell'impianto di adduzione e stoccaggio dell'acqua potabile da acquedotto e da pozzo dell'Ospedale S. Croce;
- l'adeguamento della cabina elettrica C dell'Ospedale S. Croce.

In coerenza a quanto richiesto dalla Nota circolare n. 2/2022 del Dipartimento della Funzione pubblica che invita la pubblica amministrazione a inserire il risparmio energetico tra gli obiettivi delle amministrazioni nella sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, si evidenzia che I principali compiti dell'Energy Manager aziendale sono dettagliati nella Deliberazione del Commissario n. 407 del 08.09.2023. La figura collabora, nella S.C. Tecnico, per la corretta esecuzione dei seguenti interventi di manutenzione e per i reparti oggetto di adeguamento o ristrutturazione:

- manutenzioni periodiche degli impianti secondo i manuali d'uso e manutenzione;
- sostituzione di serramenti esterni esistenti con serramenti aventi idonea trasmittanza termica;
- sostituzione di apparecchi di illuminazione fluorescenti con analoghi aventi lampade a LED;
- sostituzione o integrazione termovalvole sui terminali radianti;
- adozione di sistemi di regolazione automatica e/o sistemi di accensione e regolazione luce con sensori di presenza
- sostituzione delle coibentazioni di tubature dell'acqua calda durante interventi di rifacimento impiantistico.

Per il 2025 gli interventi previsti, utili anche ai fini dell'efficientamento energetico, ma che richiedono la conferma dell'ottenimento degli specifici finanziamenti FSC 2023-2027 già richiesti, sono:

- lavori di sostituzione della principale stazione di continuità elettrica, formata da 3 UPS nel presidio S. Croce;
- adeguamento degli impianti di produzione acqua refrigerata presso il presidio A. Carle;
- adeguamento degli impianti di produzione acqua refrigerata Ospedale S. Croce;
- progettazione per la revisione sostanziale del sistema di produzione dell'acqua calda sanitaria presidio A. Carle.

In ambito manutentivo si continua con la sostituzione nei reparti oggetto di adeguamento dei serramenti esterni (finestrature), installazione di lampade a LED, implementazione valvole termostatiche e sensori di presenza.

Per il 2025 si propongono le seguenti azioni integrative:

1. continuare la sensibilizzazione dell'utenza, mediante la campagna di sensibilizzazione "Aiutaci a fare la differenza attraverso piccoli gesti quotidiani" per il coinvolgimento diffuso dei dipendenti e gli operatori economici impegnati in Azienda attraverso comunicazioni via email, social aziendali, eventuale cartellonistica;
2. valutare la possibilità di partecipare alla Giornata Nazionale sul risparmio energetico e degli stili di vita sostenibili << M'illumino di meno >> del 2025 o altre iniziative simili.

Nuovo Ospedale

La Regione Piemonte ha previsto, con la “Prima programmazione di indirizzo di carattere strategico generale di investimenti in edilizia sanitaria per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri”, approvata dal Consiglio regionale con deliberazione n. 193-974 del 18 gennaio 2022, la realizzazione di un nuovo ospedale di Cuneo, in sostituzione degli attuali presidi S. Croce e A. Carle.

In data 18 maggio 2022 la società INC Spa aveva presentato una proposta di partenariato (Public Private Partnership) finalizzata all'affidamento in concessione della progettazione definitiva ed esecutiva e della costruzione del “Nuovo Ospedale di Cuneo”, possibile nella previsione della Regione Piemonte per la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri del 18 gennaio 2022. La procedura si è conclusa il 30 settembre 2024, sulla base del parere vincolante di non sostenibilità della proposta, espresso dalla Direzione Sanità regionale con nota protocollo n. 22751 del 25 settembre 2024, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 17-547 del 22 novembre 2019.

Il percorso che la Regione intende ora seguire per la realizzazione del nuovo nosocomio prevede l'affidamento, da parte dell'Azienda, dell'incarico di progettazione, finanziato con fondi regionali e la realizzazione del fabbricato da parte di Inail nell'ambito dei programmi di intervento in edilizia sanitaria definiti con il competente Ministero. Il costo dell'intero intervento è stato quantificato in € 410.000.000,00.

Per tale finalità, la Giunta regionale, con deliberazione n. 15-403/2024/XII del 21 novembre 2024, ha stanziato € 20.594.443,00 per la progettazione dell'intervento.

La comunicazione interna ed esterna

La Direzione ritiene strategica la comunicazione interna ed esterna. La costante presenza fisica del Direttore Generale e del Direttore Sanitario nell'edificio del S. Croce Croce e del P.O A. Carle, i frequenti incontri in reparto con le équipes per un confronto diretto su criticità e aspetti dell'attività che si ritiene di valorizzare (cd colazioni con il Direttore), le convocazioni regolari con organi ed organismi, rappresenta una svolta significativa che sottolinea la necessità di un dialogo costante e diretto con medici, infermieri e altri operatori impegnati quotidianamente nei due nosocomi dell'Azienda, che ha dato buoni frutti nel corso del 2024 e che continuerà nel 2025.

Le relazioni con la stampa sono buone, la disponibilità della Direzione molto ampia e le sollecitazioni proattive nelle comunicazioni di quelle che sono le attività e le eccellenze aziendale costanti.

L'attenzione dei cittadini al loro ospedale, come risulta dalle interazioni ai post sui social e dal dibattito relativo al nuovo ospedale.

Proseguirà nel 2025 il processo di coinvolgimento di una comunità sempre più ampia, a partire da quella territoriale, che dimostra di avere a cuore la qualità dei servizi e l'ospedale cittadino.

Il collegamento fra la performance organizzativa e la 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 nominato è determinato in relazione al livello di complessità aziendale ed ai parametri di cui all'art. 1, comma 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i. - dalla D.G.R. n. 13-4058 del 17.10.2016 e viene incrementato mediante il riconoscimento della quota integrativa, nella misura massima del venti per cento, in relazione al raggiungimento complessivo dei risultati di gestione attesi e degli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati a mezzo di D.G.R. n. 8- 2814 del 29 gennaio 2021 – fermo restando che il riconoscimento della quota integrativa sarà dovuto al Direttore Generale in misura proporzionale alla durata dell'incarico – nonché di ulteriori specifici obiettivi che potranno essere individuati con successivo provvedimento.

La capacità di perseguire gli obiettivi assegnati si traduce operativamente a cascata anche sul Direttore Sanitario e sul Direttore Amministrativo.

Il collegamento a livello dei dirigenti è visibile dalle singole schede di assegnazione obiettivi-valutazione annuale (SVI). Continuerà nel 2025 il lavoro di revisione delle schede di valutazione dei dirigenti e si riesaminerà, di conseguenza, anche alla luce delle indicazioni emanate dal Ministro per la Pubblica Amministrazione⁶² che auspica una valutazione dei dirigenti sempre più a 360 gradi, con il coinvolgimento di più attori e con meccanismi di feedback e calibrazione. Continuerà a livello aziendale il lavoro sul rafforzamento della leadership iniziato con il corso di formazione rivolto ai Direttori e Responsabili di struttura nel 2023 e attraverso i diversi step previsti per i professionisti del comparto con funzioni di coordinamento e incarichi connessi alla gestione dei collaboratori, nella

⁶² Da Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della *performance* individuale, Ministro della Pubblica Amministrazione, 30 novembre 2023 in <https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/dipartimento/29-11-2023/nuove-indicazioni-materia-di-misurazione-e-di-valutazione-della-performance>

prospettiva in cui la leadership debba essere orientata soprattutto alla motivazione del personale, per favorire il raggiungimento degli obiettivi organizzativi, nonché lo sviluppo e la crescita individuale delle persone.

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

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

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

In allegato (work in progress) verranno resi visibili gli obiettivi specificamente assegnati ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori e Responsabili di Struttura attraverso le varie fasi del ciclo del budget.

Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e trasparenza

La gestione del rischio corruttivo e la promozione della trasparenza costituiscono una leva di protezione del Valore Pubblico.

L'AO cerca di orientarsi sempre più verso un'ottica integrata di gestione dei rischi (strategico, operativo, economicofinanziario, di sicurezza e clinico di compliance ecc.), secondo una logica di risk management ed in considerazione dell'impatto che tutti questi hanno sulla performance e, nel reciproco condizionamento sugli elementi di contesto, sulla realizzazione degli output e degli outcome attesi.

Tabella 27 Esempificazione dei maggiori ambiti di rischio

Ambito di rischio	Riferimento AO
Accessibilità	RTD, Gruppo di lavoro aziendale
Ambientale	Tecnico, SPP
Amministrativo/normativo	DA, Legale, Collegio Sindacale
Clinico	Rischio Clinico – Unità Gestione Rischio Clinico
Discriminazione	CUG
Documentale	Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione, DSP
Economico contabile	Direzione, Collegio Sindacale, Bilancio e contabilità
Fondi PNRR	Direzione, Referente unico aziendale PNRR - missione 6
Mancata integrità: Corruttivo – Frode- Riciclaggio	RPCT-FPCT, gestore segnalazioni antiriciclaggio, SIA, UIPD
Organizzativo	Direzione, Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari
Qualità	FQA, FPCT
Sicurezza digitale-informatica	RTD, SID, DPO
Sicurezza lavoratori ed equiparati	MC-Medicina del Lavoro, SPP
Trattamento dati	DPO, gruppo privacy
Performance	Direzione, Controllo di gestione, OIV

Il processo di predisposizione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione è aggiornata dal RPCT sulla scorta delle indicazioni fornite da ANAC nei diversi documenti di lavoro e nei PNA 2019 e 2023-2025⁶³.

L'individuazione delle misure richiede una stretta collaborazione tra il RPCT e l'organo di indirizzo rappresentato dalla Direzione, i Responsabili ed i referenti delle strutture e tutti i soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nel processo di gestione del rischio, in modo particolare il Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, l'Unità

⁶³ <https://www.anticorruzione.it/-/ecco-il-nuovo-piano-nazionale-anticorruzione-valido-per-il-prossimo-triennio>

di Gestione del Rischio Clinico, nonché il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD), la Responsabile della gestione documentale e dell'archiviazione, la Data Protection Officer (DPO), il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA), il referente unico aziendale per il PNRR.

Il dovere di tutti i dipendenti di collaborare alla gestione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza⁶⁴, è richiamato dal Codice di comportamento dei dipendenti⁶⁵, ricordato nei momenti assembleari e formativi, definito nella Delibera di nomina del RPCT. In modo particolare viene evidenziata la necessità di confronto ed interazione ai Responsabili di struttura semplice e complessa ed alle figure che rivestono ruoli particolarmente importanti nel presidio dei processi a maggior rischio⁶⁶.

A inizio ottobre 2024 è stata inviata una prima comunicazione a tutti i Direttori di Struttura e Responsabili maggiormente coinvolti nei processi indicati nel PNA, per richiedere gli elementi di programmazione da inserire nel presente documento, anche in relazione alle scadenze previste dall'applicativo gestionale utilizzato per la mappatura dei processi a rischio corruttivo. I dati sono stati conseguentemente aggiornati nel mese di novembre, sia per il monitoraggio dell'avanzamento di quanto dichiarato nella sottosezione del PIAO 2024, sia per l'analisi degli elementi di contesto esterno.

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

Il RPCT fa parte del gruppo addetto alla redazione del PIAO e, per gli aspetti di sua competenza, funge da punto di coordinamento della proposta delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza e del loro monitoraggio con i Responsabili che sono tenuti ad elaborare le altre sezioni che costituiscono il PIAO. Si raccorda inoltre con la Responsabile della FVO per la programmazione della formazione.

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

Nel corso dei momenti di informazione e formazione ai dipendenti si fa esplicito riferimento al PIAO in corso di validità⁶⁷ e, in modo particolare, a questa sottosezione.

Contesto esterno

Raccogliere elementi significativi aggiornati e puntuali, che consentano di descrivere in maniera comprensibile il contesto all'interno del quale esplica la propria mission⁶⁸ l'AO S. Croce e Carle di Cuneo non è semplice, soprattutto reperire ed analizzare dati significativi, riferibili al territorio su cui maggiormente insiste il nosocomio che siano significativi e consentano una visione prospettica delle sacche di illegalità maggiormente da presidiare.

La lettura del contesto territoriale secondo le chiavi economica, della qualità di vita e benessere percepito, delle variabili socio demografiche è importante per conoscere il contesto culturale e antropologico a cui appartengono il maggior numero di persone che si rivolgono all'AO S. Croce e Carle di Cuneo sia per ottenere delle prestazioni sia in qualità di stakeholder a vario livello.

Nella ricerca e valutazione dei dati esterni si mantengono i fronti legati alla percezione del fenomeno da parte dei cittadini, degli operatori aziendali e degli operatori economici che possono subirlo e che, almeno in parte, ne sono attori e alle statistiche giudiziarie che risultano ad oggi essere gli unici dati che, per quanto non totalmente rappresentativi del fenomeno, hanno una valenza oggettiva.

Secondo i dati del Dipartimento della Pubblica Sicurezza analizzati dal Sole 24 Ore, la Granda si colloca al 98° posto su 106 nella classifica delle province più pericolose d'Italia. Nella graduatoria sono presenti una serie di reati, come furti, omicidi volontari, violenze sessuali, con la relativa classifica delle province italiane per incidenza del reato

⁶⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/Rinnovo_incarico_RPCT.pdf

⁶⁵ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/disposizioni_generali/atti_generali/

⁶⁶ Si rammenta che l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT. La violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (legge 190/2012, art. 1, co. 14).

⁶⁷

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

⁶⁸ http://www.ospedale.cuneo.it/fileadmin/user_upload/1_Informazioni_generali_su_Azienda.pdf

e poi c'è una classifica generale che si ottiene facendo la media dei punteggi dei vari indicatori. In nessuno degli indicatori la provincia di Cuneo si trova nelle zone più pericolose, per quanto negli ultimi anni il timore espresso soprattutto in alcuni quartieri della città di Cuneo, tra cui quello all'interno del quale è collocato il presidio S. Croce, rende evidente come il mutato contesto sociale in zone un tempo considerate "residenziali", con conseguente estrema difficoltà nella compravendita degli immobili ivi situati e la connotazione della maggior parte degli esercizi commerciali, richieda azioni sistemiche e coordinate che coinvolgono anche l'AO per evitare in primis che la microcriminalità diventi criminalità vera e propria, con lo spaccio di sostanze sempre più pesanti fino al crack.

Gli indicatori che collocano il Cuneese nelle prime 50 province italiane sono relativi al furto nelle abitazioni, un elevato numero di denunce per incendi, soprattutto nelle aree extra urbane, le truffe e frodi informatiche, la produzione e il traffico di stupefacenti, i tentati omicidi e danneggiamenti e la presenza di associazioni a delinquere. Dalle Relazioni semestrali della Direzione Investigativa Antimafia, al momento disponibili rispetto al 2023, si evince come la capacità di adattamento delle organizzazioni criminali ai mutamenti degli scenari economici e l'attitudine a sfruttare le opportunità che questi offrono continui a destare la costante attenzione da parte delle autorità prefettizie, della magistratura e delle forze dell'ordine anche e soprattutto in relazione alle immissioni di finanziamenti pubblici dei prossimi anni. In particolare questo andamento è da riferirsi a Regioni quali il Piemonte il cui tessuto socio-economico è da tempo rientrato tra le mire criminali delle mafie tradizionali ed in particolare della 'ndrangheta che qui si è affermata grazie alla sua spiccata vocazione imprenditoriale ed all'abilità di agire in maniera silente. Tale presenza è sancita anche da numerose sentenze, molte delle quali già passate in giudicato, che confermano come i sodalizi calabresi si siano insinuati tessendo talvolta rapporti mutualistici con taluni esponenti della sfera economico-produttiva e con sodalizi di altre matrici criminali mafiosi. Le attività investigative eseguite negli ultimi anni documentano, infatti, come la 'ndrangheta si sia radicata in quest'area prevalentemente nel settore del narcotraffico, delle estorsioni, dell'usura, nel reimpiego di capitali illeciti in diversificate attività produttive e commerciali, condizionando gli equilibri economici e, talvolta, politici locali. Nella provincia di Cuneo risulta attivo il "locale del Basso Piemonte", con un'ordinanza di custodia cautelare nei confronti di un soggetto originario di Sommariva del Bosco nel settembre 2023.

Nessuna menzione sulla Provincia di Cuneo nelle ultime relazioni sia rispetto agli "Amministratori sotto tiro".

In relazione alla criminalità straniera, risultano presenti gruppi albanesi, romeni ed africani che si spartirebbero il traffico di stupefacenti e il mercato della prostituzione. Storicamente, inoltre, risultano presenti gruppi criminali di etnia sinti con interessi prevalentemente nel settore dei reati predatori.

Il territorio cuneese, al confine con la Francia, è spesso scenario del fenomeno dell'immigrazione clandestina. Negli ultimi anni, il transito di clandestini diretti in territorio francese parrebbe aver assunto forma endemica lungo la Valle Stura oltre che attraverso la torinese Valle di Susa. Il viaggio intrapreso da cittadini per lo più di nazionalità pakistana o indiana verso la Francia è risultato, nel tempo, organizzato e gestito da persone che si sono avvalse, di volta in volta, di autisti (passeur) ingaggiati con il compito di trasportare, spesso in condizioni precarie, i migranti all'interno di monovolumi o di autocarri.

Aumentano anche nella Granda i reati legati alla violenza sulle donne, maltrattamenti in famiglia e atti persecutori. Lo rivelano le statistiche fornite dalla Questura di Cuneo in occasione delle molteplici manifestazioni attorno al 25 novembre, in occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, alle quali AO aderisce proattivamente in quanto nodo della rete antiviolenza. Nel 2023 la polizia ha accertato 87 reati per atti persecutori (stalking), 114 per maltrattamenti contro familiari o conviventi e 41 violenze sessuali in provincia di Cuneo. Nel raffronto tra i primi sei mesi dell'anno scorso con il periodo gennaio-giugno 2024, tutte le tre tipologie di reato registrano una sensibile crescita. Dagli atti persecutori (da 42 a 53) ai maltrattamenti (da 53 a 94) alla violenza sessuale (da 18 a 29). Nella maggior parte dei casi (media complessiva dell'85%, che sale al 94% sulla violenza sessuale) le vittime sono donne. Su 56 notifiche di procedimento in capo a uomini nel 2024, solo 17 hanno poi avuto una prosecuzione, tutti gli altri sono rientrati e nel 2% delle situazioni si è registrata una recidiva. Questi dati vanno letti in relazione agli effetti delle costanti iniziative di sensibilizzazione che probabilmente consente di far emergere il fenomeno più che non di evidenziarne necessariamente una crescita in termini di quantità e come le iniziative, non solo repressive ma anche preventive, stiano andando nella direzione giusta.

Dagli ultimi dati ISTAT disponibili, emerge una situazione stabile per quanto riguarda i delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione denunciati all'autorità giudiziaria, che si attesta a valori minimi rispetto alla Regione e per lo più riconducibili all'abuso d'ufficio.

All'interno dell'AO si registra, analogamente a quanto avviene su tutto il territorio nazionale, un aumento di contenzioso generalizzato nei confronti dei professionisti sanitari, con una crescente richiesta di documentazione da utilizzare in sede legale.

Le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda si trova ad operare risultano nel tempo favorevoli ad una buona convivenza, in cui il verificarsi di fenomeni

corruttivi è molto limitato così come i reati contro la Pubblica Amministrazione sia dall'esterno che all'interno della stessa.

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

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

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

L'interesse mostrato dai dipendenti durante i momenti di formazione e di diffusione del Codice di comportamento testimoniano la partecipazione attiva al sistema di gestione aziendale di prevenzione della mancata integrità e di promozione della buona amministrazione.

Il numero di richiami e procedimenti disciplinari è contenuto, gestito secondo le modalità descritte nell'apposito regolamento⁶⁹ e comunicate con specifici interventi formativi rivolti ai dipendenti con responsabilità nella gestione del personale.

Nel periodo compreso tra il 01/11/2023 ed il 31/10/2024 sono irrogate n° 3 sanzioni disciplinari da parte dell'Ufficio Interaziendale per i procedimenti disciplinari e precisamente:

- n° 1 sanzione della multa pari a 4 ore di retribuzione nei confronti di dipendente del comparto per inosservanza delle disposizioni di servizio dettate in materia di assenza dal lavoro;
- n° 1 sanzione della censura scritta nei confronti di dipendente del comparto per condotta non corretta nei confronti dell'utenza;
- n° 1 sanzione della censura scritta nei confronti di dipendente dirigente medico per inosservanza delle disposizioni di servizio dettate in materia di assenza dal lavoro.

Il Regolamento sui procedimenti disciplinari necessita di aggiornamento alla luce dei recenti contratti collettivi nazionali, anche se le nuove disposizioni contrattuali non hanno modificato nella sostanza né l'iter del procedimento in esame né le autorità titolari del potere disciplinare.

Compatibilmente con le risorse ed i vincoli contestuali si continuerà ad investire sulla formazione e sull'informazione, prioritariamente verso i neoassunti e chi ha ricevuto incarichi di responsabilità nella gestione del personale e dei processi e continueranno i focus di aggiornamento con gli operatori di determinati settori con specifici rischi, anche in relazione alla diffusione delle modalità previste per le segnalazioni di illecito attraverso l'istituto del whistleblowing.

In riferimento ai reati contro la PA: non si hanno notizie della definizione del procedimento a carico di due dipendenti per il reato di cui all'art. 323 c.p. di cui agli atti notificati nelle date del 20.12.2019 e del 30.12.2019, senza ammissione di patrocinio legale, sussistendo un potenziale conflitto di interessi con l'Azienda (nota del 14.01.2020).

Nel periodo tra il 01.01.2024 e il 30.10.2024 è stato avviato un procedimento per responsabilità amministrativa a carico di un sanitario ex dipendente dell'Azienda, definito con una sentenza della Corte dei Conti del 2024, di condanna al pagamento a favore dell'Azienda del risarcimento del danno.

Nel periodo tra il 01.01.2024 e il 30.10.2024 sono risultati pendenti ricorsi giurisdizionali in materia di procedure di affidamento di contratti pubblici e per la precisione:

- 1 Atto di citazione in appello
- 2 Ricorso al TAR Piemonte
- 1 Ricorso al Consiglio di Stato

⁶⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta/>

Nel periodo tra il 01.01.2024 e il 30.10.2024 vi è stata un'istanza di parere precontenzioso davanti all'ANAC in materia di affidamento di contratti pubblici conclusosi favorevolmente per l'Azienda.

La Direzione considera di fondamentale importanza l'attività di monitoraggio e misurazione dei processi. Tale attività viene promossa attraverso controlli e audit a cura dei responsabili di funzione preposti e mira ad esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni erogate. I report prodotti a seguito dell'audit interno si configurano come indicazioni finalizzate al miglioramento.

L'opinione che emerge dai dipendenti partecipanti ai corsi di formazione aziendale negli ultimi 7 anni registra un valore medio omogeneo che può essere sintetizzato in:

- indubbio riconoscimento di come il settore sanitario, anche pubblico, può essere molto a rischio di maladministration e deve essere tenuto sotto controllo costantemente, soprattutto perché lo spreco si traduce concretamente nell'impossibilità di fornire prestazioni necessarie a chi ne ha bisogno;
- l'autovalutazione della posizione aziendale rispetto alle aree maggiormente a rischio risulta sovrastimare sensibilmente quelli che sono i dati oggettivi a disposizione, sia per la difficoltà a focalizzare l'applicazione del concetto "corruzione" al lavoro quotidiano sia per una sorta di timore generato da quanto si apprende dai media; le risposte delle nuove generazioni di dipendenti invece attribuiscono un valore generalmente basso di rischio corruttivo percepito all'interno di questa Azienda;
- valori mediamente più bassi si registrano nella percezione dell'applicazione della Trasparenza a livello di conoscibilità interna all'organizzazione, soprattutto delle procedure di affidamento incarichi e progressioni di carriera, dall'emissione degli avvisi fino alla pubblicazione degli esiti. Permane la difficoltà da parte di una grossa parte di popolazione aziendale ad utilizzare costantemente e proattivamente i canali aziendali da tempo a disposizione dei dipendenti, in modo particolare la rete intranet;
- la maggior parte delle problematiche emerse riguardano un uso non appropriato e consapevole dei dispositivi di comunicazione individuale (es smartphone, social, piattaforme) sia durante l'orario di lavoro che oltre ma che possono avere conseguenze sull'ambiente ed i processi di lavoro, sulle relazioni, sull'immagine dei professionisti e dell'Azienda.

Nel 2025 si continuerà a lavorare nella direzione di aumentare la consapevolezza nell'uso di questi strumenti che non devono essere stigmatizzati, ma anzi implementati nel loro corretto utilizzo ai fini lavorativi.

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

Per quanto riguarda lo specifico dei rischi corruttivi, la mappatura dei processi è stata avviata in Azienda nel 2015 e ripresa nel 2024. La Direzione Generale, bilanciando la richiesta ANAC con la fattibilità e la sostenibilità del lavoro a carico delle strutture in relazione al contesto sopra descritto, ha scelto da sempre di mappare tutti i processi e le attività a maggiore rischio corruttivo delle strutture tecnico-amministrative e di riferirsi al livello Dipartimentale per quanto riguarda l'area clinica, utilizzando Referenti e Responsabili.

L'elenco dei processi sottoposti a valutazione dal punto di vista anticorruttivo è data dall'allegato⁷⁰, generato dall'applicativo gestionale alimentato semestralmente in occasione della valutazione dello stato di attuazione delle misure anti corruttive e dal riesame annuale dell'impianto dell'intero sistema.

Ci si è prefissati, nel triennio in corso, di procedere con i Responsabili ed i referenti delle Strutture amministrative e trasversali a riesaminare i processi scelti per lo specifico rischio corruttivo, i documenti di riferimento, le modalità di monitoraggio e presidio, in un'ottica quanto più possibile sistemica rispetto alla protezione del Valore Pubblico e del buon funzionamento della Pubblica Amministrazione. All'interno dell'obiettivo 2 assegnato a tutte le strutture amministrative e tecniche nel 2024 si sono raccolte le mappature di 2 processi riesaminati e si conta di richiederne altri per l'anno successivo.

Si procederà inoltre alla verifica di eventuali aggiornamento di quanto previsto in termini di antiriciclaggio ed anti frode.

Dal Rapporto Clusit 2024 sulla sicurezza ICT in Italia emerge che gli attacchi cyber sono aumentati esponenzialmente (2019/1667 attacchi; 2020/1874; 2021/2049; 2022/2489; 2023/2779). Non è ancora disponibile il dato sul 2024 (anno in corso) ma cyber attacchi risulterebbero ancora in crescita rispetto all'anno precedente ma l'AO è consapevole di dover tenere sempre più alta la soglia di attenzione.

⁷⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

L'innovazione tecnologica in ambito sanitario e le tematiche connesse a digitalizzazione, la diffusione dell'intelligenza artificiale, gli investimenti PNRR con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili, come i pazienti e alla tutela dei dati sanitari (riforma del Fascicolo sanitario elettronico 2.0 e la realizzazione del sistema nazionale di telemedicina) sono tra gli aspetti più rilevanti per le organizzazioni sanitarie.

L'Azienda Ospedaliera agisce a diversi livelli, su stimolo della DPO e del gruppo privacy per la rilevazione dei rischi in ambito di trattamento dati e di cybersicurezza. Le misure principali prevedono la revisione periodica della documentazione e la definizione di ruoli e responsabilità, con la consapevolezza delle funzioni manageriali, la predisposizione di rapporti che garantiscano la sicurezza dei rapporti contrattuali tra clienti e fornitori, la formazione continua ed un monitoraggio costante grazie alle segnalazioni e alla conseguente gestione, con l'individuazione di azioni di miglioramento.

Nel caso di procedure informatiche che utilizzino nuove tecnologie o che presentino rischi elevati per le tipologie di dati che sono trattati, è stato già da tempo definita, ai sensi dell'art. 35 del GDPR, la procedura per la valutazione di impatto privacy, la cosiddetta DPIA, che consente di analizzare i sistemi e valutare le misure di sicurezza da attuarsi. La valutazione di impatto si accompagna quindi con la tenuta e l'aggiornamento del registro dei trattamenti, in relazione alle finalità e alle caratteristiche, la definizione di procedure per garantire i diritti degli interessati, il sistema delle informative, la formazione del personale dipendente e anche il monitoraggio continuo delle acquisizioni di prodotti e servizi che portino a trattare i dati anche di persone esterne all'azienda e quindi con le opportune garanzie, secondo quanto stabilito dall'art. 28 GDPR.

In modo particolare nel corso del 2025 si intende dare ulteriore stimolo alla sperimentazione e ricerca, a partire dalla recente revisione del "Regolamento Clinical Trial Center e conduzione Ricerca clinica Aziendale" e della relativa modulistica di valutazione fattibilità locale e sostenibilità economica delle sperimentazioni cliniche ad esso correlata, nonché del modulo per la valutazione di impatto DPIA, reso maggiormente completo, fruibile e conforme alle modifiche introdotte dalla nuova normativa art. 110 del Codice Privacy.

Nel 2025 proseguiranno le valutazioni connesse all'adozione di una piattaforma regionale per la telemedicina e di strumenti informativi specifici per la ricerca clinica (es. software REDCap -Research Electronic Data Capture), nonché l'adesione al progetto TriNetx.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti.

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

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

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

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

Nel mese di novembre, come da scadenziario periodico, la FPCT ha inviato alla maggior parte dei Responsabili delle strutture tecnico amministrative ed i loro Referenti una prima richiesta di trasmissione delle informazioni di pertinenza per la programmazione 2025 sia a livello di gestione performance che nello specifico di prevenzione della mancata integrità.

I rischi sono individuati dai Direttori/Responsabili di struttura o loro delegati (Referenti anticorruzione).

Tali processi vengono proposti dall'applicativo ai soggetti responsabili a livello gestionale, decisionale o di controllo.

Per analizzare i rischi si traggono elementi da:

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

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

La sostenibilità organizzativa delle misure è a carico del Responsabile della messa in opera delle misure stesse, così come l'individuazione della tempistica e delle fasi di realizzazione, con la dichiarazione degli indicatori di monitoraggio ed i valori attesi su cui si effettuerà la verifica di attuazione e di efficacia.

Laddove le misure coincidano con obiettivi contemplati nelle schede di budget, il monitoraggio è seguito dalla Struttura Controllo di Gestione e valutato dall'OIV all'interno delle fasi previste nel Ciclo della Performance.

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

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

Rispetto ai fattori abilitanti⁹ degli eventi corruttivi è indispensabile conoscere i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. Dall'analisi di questi fattori emergono le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi, soprattutto laddove, coerentemente con la letteratura connessa al cosiddetto Triangolo della frode, possono essere individuate a livello di organizzazione.

È stato utilizzato l'elenco presentato nel modulo di formazione ANAC di ottobre 2021 per analizzare la specifica situazione contestuale alla luce dell'impianto organizzativo, della situazione configuratasi rispetto all'attuazione di quanto previsto dal PNRR e dalle valutazioni in merito alla realizzazione del nuovo ospedale:

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

Alcuni spunti di miglioramento, leggendo i fattori di contesto analizzati, riguardano l'aumento dell'efficacia di taluni controlli negli snodi strategici, l'individuazione di misure che siano realmente sostenibili e rilevabili, soprattutto in chiave semplificativa.

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

Sarebbe molto utile, come costantemente esplicitato nelle diverse sedi, avere un modello di riferimento per il settore sanitario (key risk indicators). Non si hanno al momento indicazioni operative da parte di ANAC, della Regione Piemonte e della cabina di regia per i lavori su queste tematiche.

Allo stato attuale rimane in atto il modello di rilevazione dati e informazioni e di valutazione illustrato nei PTPCT e nei PIAO degli anni precedenti⁷¹, per quanto in vista della scadenza del contratto di fornitura dell'attuale applicativo gestionale si valuteranno eventuali ulteriori modelli.

L'elemento maggiormente soggetto a variazione può essere legato alla presenza di segnalazioni interne o esterne, rispetto alle quali nel 2024 l'AO non è stata oggetto di criticità sostanziali particolari.

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

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

⁷¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

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

Annualmente questa operazione consente anche di verificare la necessità dell'inserimento di nuove misure piuttosto che quella di dismetterne altre sia in relazione all'efficacia delle stesse che al variare del quadro di riferimento (normativo o contestuale) che le avevano rese necessarie. L'ottica aziendale prevede di limitare il numero delle misure da monitorare, invitando sempre più ad un'integrazione tra i diversi settori che regolamentano e tendono sotto controllo i processi.

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

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.

Individuati i rischi corruttivi, l'Azienda programma le misure sia generali, previste dalla legge 190/2012, dai PNA e dalle diverse fonti che intervengono sullo specifico delle organizzazioni sanitarie, soprattutto in relazione a quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati.

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

Le misure vengono individuate dal Responsabile del processo o dal Responsabile della Struttura di riferimento purché non in contrasto con quelle eventualmente stabilite aziendali, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Negli ultimi anni si è cercato di privilegiare le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelli di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità anche attraverso interventi di digitalizzazione.

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

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

Il dettaglio delle misure è visibile nei report estraibili tramite applicativo gestionale; quelle particolarmente attenzionate nel 2025 sono contenute nell'allegato Maggiori misure di mitigazioni dei rischi e gestione del sistema aziendale complessivo.

Fondamentalmente quelle maggiormente considerabili sono attribuibili all'area della regolamentazione e del controllo che si incrociano con quelle di trasparenza nel senso di rendere conoscibili i regolamenti e le modalità previste per i controlli e di formazione/diffusione di informazioni, anche tramite le attività previste la diffusione del Codice di comportamento.

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

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

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

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

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

Lavorare in un'ottica di appropriatezza a tutti i livelli ed a partire dalle prestazioni clinico assistenziali, core business di questa organizzazione, è considerato centrale per la realizzazione della mission e della buona amministrazione. I monitoraggi all'uopo previsti sono da ritenersi a tutti gli effetti come parte attiva del sistema di prevenzione della non integrità e si correlano con quelli più direttamente connessi all'approvvigionamento, ai lavori pubblici, ai rapporti con le ditte ed i fornitori, alla libera professione, alle attività extra-istituzionali e si connettono in maniera sinergica con i lavori a livello clinico- organizzativo.

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

- il contenimento delle liste di attesa e dei tempi di ricovero
- la definizione di PSDTA/percorsi che ottimizzino tempi, consumo di risorse, appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza ed efficienza nell'utilizzo delle strutture
- la personalizzazione delle cure correlata però alla capacità di offrire percorsi assistenziali in linea con le evidenze scientifiche
- l'appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica, attraverso il governo della spesa farmaceutica dei medicinali ad alto costo (antibiotici, antimicotici, emoderivati, ecc.) e dei farmaci distribuiti ai pazienti cronici e appartenenti a percorsi di presa in carico aziendale
- il raggiungimento degli indicatori di qualità rappresentati nella Treemap del PNE
- ottimizzazione della gestione del posto letto secondo i parametri nazionali, regionali e le indicazioni aziendali (appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso, riduzione del boarding, degenza media, intervallo di turn-over, indice di rotazione per posto letto, tasso di occupazione)
- l'Integrazione tra ospedali e strutture territoriali anche al fine di individuare le forme più idonee di gestione del servizio, volte al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino, ottimizzando le risorse a disposizione
- le iniziative di continuità ospedale-territorio
- la qualità e tempestività dei processi di acquisizione di beni, servizi e attrezzature.

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

Le misure generali previste da ANAC⁷², intervengono in maniera trasversale sull'intera Azienda e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e rimangono attuali:

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

Nel corso del 2024 si individueranno delle modalità per diffondere piccoli estratti del Codice, a rotazione, attraverso i diversi canali aziendali, a partire dagli elementi maggiormente esplicitati rispetto all'edizione precedente. Continuerà la diffusione dello stesso attraverso la formazione aziendale e la raccolta a cura della FPCT di tutte le proposte di modifica pervenute dall'interno, sia attraverso l'analisi delle casistiche sia di quanto raccolto durante la formazione e dalle sollecitazioni normative e culturali esterne.

La vigilanza sulla effettiva attuazione delle regole contenute nel documento, è svolta con la cooperazione di una pluralità di soggetti:

- Direttori/Responsabili di ciascuna struttura;
- superiore gerarchico/ruoli con responsabilità di gestione del personale in ciascuna Struttura;
- Strutture di controllo interno, tra le quali l'OIV e il Servizio Ispettivo Aziendale;
- Ufficio Interaziendale per i Procedimenti Disciplinari (UIPD) cui spetta il compito di esaminare le segnalazioni di violazione del Codice e di attivare il procedimento in contraddittorio con il dipendente, secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento
- CUG in relazione agli episodi di cui può essere portato a conoscenza dai dipendenti stessi;

⁷² Parte III del PNA 2019-2021

- utenti e associazioni di cittadini, stakeholder esterni che segnalano eventuali violazioni del Codice di comportamento ad esempio tramite l'URP, la Conferenza di Partecipazione, gli audit civici;
- FPCT che semestralmente raccoglie le autovalutazioni e le integra con gli elementi emersi sia internamente, anche tramite il canale whistleblowing, sia esternamente (rassegna stampa, ANAC, Garante e altre Autorità).

A fine 2022 è stato rivisto anche il Regolamento dell'Ufficio Interaziendale per i Procedimenti Disciplinari con relativi Codici disciplinari annessi e si è provveduto ad una ulteriore diffusione attraverso i canali aziendali ed in successivi momenti formativi rivolti a Direttori, Responsabili e Coordinatori di struttura.

Nel 2025 l'Azienda valuterà la necessità di riesaminare il Regolamento in materia di incarichi ed attività extra istituzionali anche in relazione alla cosiddetta "libera professione del comparto". Proseguirà altresì con i molteplici monitoraggi previsti in attuazione di quanto previsto dalla Commissione Paritetica Regionale in materia di libera professione (della quale fanno parte funzionari della Regione e delle diverse Aziende Sanitarie quale parte pubblica e i rappresentanti delle principali sigle sindacali) nelle linee-guida e uno schema-tipo di regolamento, recepiti dalla Regione Piemonte con la D.G.R. n. 11-8042 del 29.12.2023 e inviati a tutti le Aziende Sanitarie.

Continuerà l'attività di riesame dei maggiori documenti aziendali coordinata dalla Funzione Qualità e Accreditamento, con una sempre maggior uniformazione per garantire una reale tenuta sotto controllo dei documenti che sono molteplici, complessi, coordinati e rappresentano un prezioso patrimonio storico, organizzativo ed operativo che questa Azienda deve riuscire ad ottimizzare al meglio.

Nell'ottica di perseguire una sempre maggior funzionalità delle risorse aziendali, soprattutto per il personale aziendale, e di operare in trasparenza si renderanno disponibili i documenti di lavoro non sottoposti a restrizioni particolari.

2. L'aspetto più difficile da rendere operativo, monitorare ed esemplificare riguarda la gestione del conflitto di interessi.

Oltre a quanto menzionato nel Codice e diffuso tramite esso, semestralmente la FPCT chiede un riscontro alle strutture che maggiormente raccolgono autodichiarazioni. In modo particolare nell'ambito delle varie Commissioni e di quanto richiesto per il PNRR e l'antiriciclaggio, si procederà ad un controllo a campione, con il supporto del Servizio Ispettivo Interno.

3. Verifica delle situazioni di Inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Nell'area web Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali/Provvedimenti di recepimento dell'Atto Aziendale vengono costantemente pubblicati gli atti ed i provvedimenti in base ai quali vengono assegnati gli incarichi aziendali e interaziendali⁷³.

4. Prevenzione, emersione e gestione dei divieti post-employment (pantouflage/revolving doors): nell'ultima revisione del Codice è stato maggiormente esplicitato il divieto e vengono attinte da una casistica preconfezionata, a titolo esemplificativo, alcune situazioni che possano essere di facile comprensione per le tipologie di persone presenti ad ogni sessione formativa. In occasione dell'emissione delle nuove LL.GG ANAC sul pantouflage è stata data diffusione con apposito comunicato del significato di tale rischio e dei riferimenti per le segnalazioni e le richieste di chiarimento.

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

Analogamente nei documenti di gara e nei contratti di lavori, servizi e forniture, gli operatori economici dichiarano di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto (Patti di integrità).

I controlli ordinari scattano in caso di rifiuto alla sottoscrizione o in caso di segnalazioni pervenute dall'interno o dall'esterno dell'AO.

L'Azienda non ha redatto appositi documenti in merito ritenendo perfettamente autoesplicativi indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori (LL.GG e Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria) riguardanti il divieto di pantouflage approvati con delibera n. 493, approvata dal

⁷³ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>
<http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/personale/>

Consiglio dell'Autorità Anticorruzione del 25 settembre 2024, che vanno ad integrare le specifiche parti contenute nel PNA 2022.

5. La rotazione ordinaria e straordinaria

Come condiviso nei diversi tavoli di lavoro regionali e nazionali, è difficile pianificare una rotazione che non sia quella collegata al riesame di incarichi e referenza, in quanto il numero delle risorse umane, in special modo apicali, e soprattutto le competenze richieste nei diversi settori, oltretutto le specialità di ambito medico sanitario, sono vincolanti per l'espletamento delle attività e il buon andamento dell'amministrazione.

Per quanto riguarda le modalità di assegnazione degli incarichi dirigenziali e di comparto, sono state elencate le caratteristiche richieste ai ruoli dirigenziali nell'Atto Aziendale e nel Piano di Organizzazione, definiti i criteri di assegnazione nel provvedimento, tempestivamente pubblicati il cronoprogramma previsto per la messa in atto delle procedure e le eventuali variazioni allo stesso, gli avvisi, l'esito delle valutazioni e di assegnazione.

Non è allo stato attuale possibile programmare una rotazione ordinaria del personale, che consenta di salvaguardare la competenza richiesta al ruolo e allo stesso tempo preveda un processo di formazione a nuovi incarichi e un periodo di affiancamento efficace nel passaggio di consegne.

Al fine di evitare che il potere decisionale si concentri in una sola persona per troppo tempo, si ricorre – ogni volta che sia possibile – a meccanismi collegiali, anziché a differenti postazioni di controllo del procedimento assegnate a persone diverse. Tali misure alternative e le relative modalità di attuazione sono descritte nei regolamenti di attività o fanno parte delle procedure previste dalla normativa.

In particolare, all'interno delle commissioni di concorso e di gara viene messa in atto l'alternanza dei componenti tecnici, del personale di segreteria e, laddove possibile, dei RUP.

La rotazione di RUP e DEC avviene nell'ambito del personale dirigente e del personale del comparto con incarico di funzione, laddove presenti.

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto prodromica del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole "condotte di natura corruttiva", le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

6. La formazione

Un livello più generale di formazione, pianificato annualmente con la Struttura FVO che si occupa di tutti gli aspetti organizzativi, è rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze e alle tematiche dell'etica e della legalità.

A questo livello appartengono:

- il corso residenziale interno per tutti i dipendenti, attivo dal 2018, che mira alla diffusione del Codice di comportamento e dei principali regolamenti correlati;
- la diffusione alle diverse categorie di interessati di corsi ed eventi, soprattutto usufruibili via web ed in maniera asincrona, di cui la FPCT viene a conoscenza.

Nel 2025 dovrebbe proseguire il percorso proposto all'interno della Regione Piemonte a sostegno degli RPCT e dei collaboratori, alla quale la FPCT aziendale aderisce proattivamente.

Una formazione particolare viene considerata per il RPCT, lo staff della FPCT, i Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza in relazione alle necessità specifiche, mirata a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

A questo livello appartengono:

- i corsi webinar sia diffusi dalla FPCT sia liberamente individuati dai singoli dipendenti, tra cui quelli in materia di antiriciclaggio e antifrode; laddove possibile i materiali preselezionati vengono inseriti nella cartella intranet "Trasparenza" liberamente accessibile a tutti i dipendenti;
- quelli specificamente organizzati in sede su proposta della FPCT o su richiesta di gruppi di dipendenti;
- percorsi di formazione specifica per i dipendenti che seguono attività a più elevato rischio di corruzione, percorsi e programmi di formazione, anche settoriali, tra cui, a titolo di esempio non esaustivo coloro che si occupano di gare e contratti, concorsi, ricerca e sperimentazione (L. 190/2012 art. 1, co. 9, lett. b e c).

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

Nell'ambito della costante promozione ad una comunicazione efficace e rispettosa delle differenze proseguirà il lavoro aziendale sul linguaggio, supervisionato dal CUG e che ha come obiettivo correlato anche la revisione di modulistica e documentazione di maggior diffusione interna ed esterna in ottica di semplificazione.

All'interno della cartella di rete intranet Trasparenza e tramite i sistemi di archiviazione condivisa nelle cartelle di rete comuni vengono costantemente messi a disposizione materiali utili, spesso corredati di commenti orientativi al fine di facilitarne il reale utilizzo.

I momenti di formazione residenziale interna sono una preziosa occasione per la discussione di casi concreti, l'esemplificazione contestuale e contingente, la raccolta di opinioni e proposte da parte dei dipendenti.

Dall'analisi dei contributi raccolti durante la valutazione scritta emergono dati sovrapponibili a quelli delle edizioni degli anni precedenti tra cui: miglioramento della comunicazione e trasparenza interna soprattutto in termini di progressioni/ruoli e referenze, implementazione della formazione anche attraverso la trattazione di casi dal punto di vista etico, reminder progressivi rispetto al Codice di comportamento. Le persone continuano a percepire l'ambiente dell'AO S. Croce e Carle "sano": statisticamente le valutazioni positive sono aumentate anche in relazione all'ingresso di neoassunti sia recentemente entrati nel mondo del lavoro sia provenienti da altre realtà. Oltre allo stress ambito delle questioni contrattuali, l'area tematica su cui convergono interesse-curiosità e necessità di formazione-sensibilizzazione pertiene l'utilizzo di social e dispositivi sia durante l'orario di lavoro sia rispetto ai possibili risvolti che possono manifestarsi per un dipendente pubblico anche al di fuori del turno di servizio e della postazione lavorativa.

Gli elementi emersi vengono raccolti dalla FPCT, analizzati ed utilizzati in tutte le fasi di costruzione e di monitoraggio del PIAO attraverso le diverse forme di rendicontazione e nell'attualizzazione annuale dei materiali e delle situazioni presentate durante la formazione aziendale.

Questa circolarità rende più facile monitorare e verificare il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro adeguatezza, non soltanto attraverso gli indicatori che si sono consolidati e che vengono utilizzati per il monitoraggio sia centralizzato che locale dei processi mappati ma anche incrociando le percezioni descritte e le risposte inserite nelle schede di valutazione presenti in ogni corso aziendale, anche non accreditato ECM.

Durante i momenti di informazione e attraverso l'apposita casella mail⁷⁴ è sempre possibile segnalare bisogni formativi generali o contestuali attinenti ai temi di competenza della FPCT, così come in occasione dei monitoraggi semestrali.

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

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

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

7. Gestione del whistleblowing

La procedura interna è stata revisionata in relazione al d.lgs. 24/2023 ed all'attivazione della piattaforma. Nel 2024 sono state poste in essere alcune iniziative per aumentare la conoscenza dell'istituto e che si intende portare avanti anche nel 2025.

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

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

Il CUG, per quanto non contemplato tra i soggetti esplicitamente menzionati nella procedura di gestione del whistleblowing, verrà comunque interpellato nella rendicontazione semestrale per verificare se sia stato contattato per tematiche inerenti quanto previsto dall'istituto. Nel 2024 non ha ricevuto segnalazioni dirette né è venuto a conoscenza di casi in cui non sia stato rispettato quanto previsto dalla normativa in tema di tutela del segnalante.

⁷⁴ trasparenza@ospedale.cuneo.it

In data 7/11/2024 l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha aperto la consultazione pubblica online sullo schema di nuove Linee Guida in materia di whistleblowing. Lo schema integra e completa le Linee Guida approvate con la delibera n. 311 del 12 luglio 2023 sulla protezione dei whistleblower, con cui l'ANAC ha fornito indicazioni sulla presentazione ad ANAC e sulla relativa gestione delle segnalazioni esterne, come previsto dal decreto legislativo n. 24/2023. Le nuove Linee guida, invece, sono volte in particolare a fornire indicazioni sulle modalità di gestione dei canali interni, che – ha previsto lo stesso decreto legislativo – debbono essere approntati all'interno degli enti per ricevere e gestire le segnalazioni, garantendo la riservatezza dell'identità del segnalante, della persona coinvolta e della persona menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. Rispetto ai principali contenuti, l'AO ha informato le OO.SS nel momento in cui ha riesaminato la Procedura e adottato la piattaforma per le segnalazioni, che permette anche il tracciamento delle segnalazioni orali. Rispetto ai punti evidenziati la procedura in uso offre le caratteristiche richieste (avviso di ricevimento della segnalazione, esame preliminare della segnalazione ricevuta, istruttoria e accertamento della segnalazione, riscontro alla persona segnalante, conservazione della documentazione inerente alla segnalazione e cancellazione, presenta la possibilità di supporto da parte delle Associazioni e degli Enti del terzo settore). Una volta congedate le Linee Guida definitive si procederà alla verifica di necessità di riesame e di diffusione della procedura generale.

Il sostituto RPCT, anche in caso di conflitto di interesse dello stesso e co-istruttore, è il Direttore Amministrativo che agisce secondo la medesima procedura e garantisce le stesse tutele previste dalla normativa.

8. Ulteriori misure

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

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

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

L'adesione al sistema digitale di trasmissione dei documenti (NSO) per garantire la trasparenza degli approvvigionamenti nel settore della PA ed in particolare monitorare gli acquisti e le spese delle aziende pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale è entrato pienamente a regime.

Oltre alle sopracitate misure generali, vengono individuate misure specifiche che agiscono in maniera puntuale su alcuni processi tra cui, a titolo di esempio: le attività svolte in Libera Professione, la sperimentazione e ricerca, la gestione dei fondi PNRR.

L'AO intende dotarsi di strumenti informativi specifici per la **ricerca clinica** (es. software REDCap -Research Electronic Data Capture), uno strumento essenziale per la costruzione di ricerca spontanea (clinica e organizzativa) e per diventare attrattivi nei confronti della ricerca profit. L'AO sta valutando di aderire al progetto TriNetx che è un network globale di organizzazioni sanitarie e di aziende che operano nel settore life science e conducono una ricerca di tipo real-world, con lo scopo di accelerare lo sviluppo di terapie salva-vita per i pazienti. Il vantaggio principale della partnership con TriNetX è quello di rafforzare la ricerca a livello locale per implementare gli studi clinici e la ricerca collaborativa con aziende farmaceutiche e CRO (possibilità di ricevere proposte di partecipazione a studi clinici sponsorizzati) possibilità di condurre progetti di ricerca tra ospedali, sviluppando la ricerca collaborativa. La piattaforma, conforme alla normativa europea e nazionale in materia di trattamento dei dati personali, offre molti tools per analizzare i propri dati e i ricercatori/clinici possono avere accesso ai dati dell'ospedale e del network di collaborazione, in formato anonimo, e, con l'utilizzo di funzionalità avanzate, possono avere risposte a quesiti clinici complessi e sviluppare protocolli di ricerca. TriNetX offre, inoltre, supporto continuo sia per la formazione ai medici e ricercatori per l'utilizzo della piattaforma, sia per il supporto nella stesura di manoscritti per una potenziale pubblicazione.

Tutte le misure individuate sono visibili dalle stampe ricavabili interrogando l'applicativo gestionale. In allegato sono estrapolate quelle ritenute più significative o quelle di recente introduzione.

In alcuni casi le misure di contrasto sono riconducibili ad attività di monitoraggio: per questo possono essere contenute anche nel file allegato relativo ai monitoraggi.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sottoposti alla Direzione proseguono in continuità con gli anni passati e funzionano da stimolo per le Strutture ed i Dipartimenti.

Esempio di obiettivo proposto per Strutture di staff e Dipartimenti clinici macro obiettivo riconducibile alla Prevenzione della corruzione ed alla realizzazione della Trasparenza (nel 2024 obtv. n. 2):

Indicatore	Standard
Invio dati relativi agli indicatori previsti nel monitoraggio delle misure di contrasto (attuazione misure previste nel PIAO e nell'applicativo, invio degli elementi di contesto interno)	a) 15/07/2025; 13.01.2026 b) 11/11/2025

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.

Molteplici sono le attività di monitoraggio ordinariamente previste nei processi gestiti in Azienda, come descritto nell'apposito capitolo 4 del PIAO.

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, consentendo in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie (cfr. Parte II del PNA 2019, PNA 2023-25).

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

Tale attività non coinvolge soltanto il RPCT, che ne resta il coordinatore aziendale, ma interessa attivamente i Referenti, i Responsabili/Direttori e l'OIV che concorrono, ciascuno per i propri profili di competenza. La collaborazione con il RPCT rappresenta un dovere istituzionale, come ribadito nel Codice di Comportamento, a prescindere che sia previsto da obiettivi di budget o di incarico.

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

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

Le tipologie di monitoraggio sono organizzate su 3 livelli.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio della FPCT poiché a quelle pianificate si aggiungono quelle che vengono attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno (es. flussi informativi e/o red flags, whistleblowing).

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

La rendicontazione dei controlli di secondo livello deve essere almeno annuale.

I monitoraggi di 3° livello sono quelli posti in essere da un soggetto esterno all'Azienda. Possono essere periodici o una tantum, attesi o concordati oppure comunicati dall'ente istituzionale che lo metterà in atto. Rientrano in questa ultima casistica quelli realizzati da parte delle forze di polizia, delle Procure e delle attività giudiziarie o amministrativo-contabili o da AGENAS, DFP, ANAC⁷⁵, Garante privacy, UIF, AGID.

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

Gli esiti degli stessi devono essere trasmessi dalle strutture interessate almeno annualmente alla FPCT, tempestivamente, se soggetti a obbligo di pubblicazione⁷⁶ così come le eventuali azioni di miglioramento conseguenti. L'evidenza delle valutazioni di terzo livello è presente nelle relazioni periodiche curate dalla FPCT, quando questa ne è venuta a conoscenza.

La sintesi dei maggiori monitoraggi previsti all'interno del sistema di gestione del rischio di mancata integrità è presente in allegato, da cui si evince il progressivo sforzo di orientarsi in una gestione integrata dei rischi proprio a partire dai monitoraggi che già abitualmente le Strutture e le specifiche Funzioni o gruppi di lavoro mettono in atto.

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

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

Come si ricorda nella formazione tenuta dalla FPCT ed in particolare quella relativa al Codice di comportamento, il legislatore ha attribuito un ruolo di primo piano alla trasparenza affermando, tra l'altro, che essa concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza ed equità, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

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

Con delibera n. 495 del 25 settembre 2024 ANAC ha messo a disposizione schemi di pubblicazione in aggiornamento all'allegato al d.lgs 33/2013, dichiarando il fine di favorire enti e amministrazioni nella gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" dei portali istituzionali, semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione.

Al momento della redazione di questa versione tre sono i nuovi schemi approvati dall'Autorità relativi a: utilizzo delle risorse pubbliche; organizzazione delle pubbliche amministrazioni; controlli sull'organizzazione e

⁷⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

⁷⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/controlli-e-rilievi-sullamministrazione/>

sull'attività dell'amministrazione. AO ha provveduto ad informare le strutture interessate a questi contenuti e procederà, in accordo con l'OIV, alla verifica delle eventuali necessità di adeguamento di quanto al momento presente nell'area del portale.

Nei dodici mesi successivi la FPCT cercherà di capire come procedere all'aggiornamento delle relative sezioni in "Amministrazione Trasparente", secondo i nuovi modelli adottati da Anac e pubblicati sul sito dell'Autorità, confidando in uno strumento univoco a cui far riferimento rispetto all'allegato al d.lgs 33/2013 che contempli con chiarezza anche la parte relativa a Bandi di gara e contratti.

Allo stato attuale i Responsabili e referenti si sono espressi in base a suddetto consueto elenco allegato⁷⁷, in attesa di capire come questo format debba essere aggiornato.

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

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

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

Nel 2025 la FPCT cercherà di stimolare ulteriormente le strutture ad autonomizzarsi definitivamente rispetto alle pubblicazioni periodiche a frequenza almeno trimestrale di cui sono detentrici dei dati.

La ricognizione ufficiale degli obblighi di trasparenza da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà in occasione dell'attestazione da parte dell'OIV, salvo diversa indicazione ANAC.

Contestualmente alla compilazione di suddetta griglia l'Azienda provvede al monitoraggio dell'intera area e ad effettuare audit.

Gli indicatori di monitoraggio, conformemente alle ultime delibere ANAC concernenti le attività di attestazione dell'OIV e gli obblighi di vigilanza, sono stati rivisti cercando di aumentare la percentuale di rispondenza:

- copertura della pubblicazione rispetto agli obblighi: standard 95%;
- rispetto delle scadenze previste: 99 % di quelle dipendenti dall'Azienda;
- completezza rispetto al contenuto: 98%;
- apertura del formato e riutilizzabilità dei dati: 95% (considerando accettabili i formati previsti dal pacchetto Office) e al netto dei documenti che vengono messi a disposizione al di fuori di AO o generati automaticamente e su cui non si ha margine di azione.

Per garantire il diritto all'oblio si continuerà a rivedere tutte le sezioni di archivio e oscurare quelle riferite ai 5 anni precedenti. Non esistono al momento sistemi automatici di de-pubblicazione o di sottrazione alla visualizzazione al di fuori di quelli pre-impostati per i documenti di gara e di quelli dal 4 luglio 2023 gestiti con il gestore documentale tramite applicativo Casa di vetro.

Nell'ottica di attuare la maggior trasparenza possibile, di mettere a disposizione i documenti ufficiali, favorendo la partecipazione di tutti gli stakeholder, limitando le richieste di accesso civico generalizzato la Direzione ha deciso di rendere sempre completamente accessibili tutti i provvedimenti aziendali da quando è presente l'attuale gestore documentale (dall'estate 2023), offrendo una molteplicità di possibilità di campi di ricerca sull'albo pretorio.

La gestione delle richieste di accesso indirizzate all'Azienda è descritta in apposita procedura pubblicata⁷⁸ e rivista nel 2024 per contemplare le potenzialità offerte dal gestore documentale, per integrare la parte degli accessi connessi al trattamento dati e per ricordare le specifiche inserite nel Codice dei contratti pubblici che, al momento, presentano ancora parecchie difficoltà interpretative.

Il registro accessi consente di visualizzare costantemente e in tempo reale lo stato delle richieste, all'interno delle quali sono state categorizzate anche quelle relative al trattamento dati.

La maggior parte delle richieste di accesso civico generalizzato nel corso degli ultimi due anni hanno riguardato l'ipotesi del nuovo ospedale.

⁷⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

⁷⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/altri-contenuti-accesso-civico/>

Periodicamente viene ricordato ai pubblicatori ed al Protocollo l'iter corretto per la gestione e la visualizzazione dei provvedimenti e delle istanze.

Le maggiori criticità rilevate in riferimento alle pubblicazioni riguardano l'area Bandi e contratti.

A quasi un anno dall'entrata in vigore definitiva di quanto previsto dal Codice dei contratti (d.lgs 36/2023) non è ancora del tutto chiaro cosa debba essere pubblicato, soprattutto in relazione ai documenti da rendere disponibili in maniera unitaria e nei tempi previsti, dato il non completo adeguamento da parte delle piattaforme certificate delle quali l'Azienda si avvale (es Sintel, MEPA) e la non chiara differenziazione tra quanto obbligatorio per la contrattualistica connessa ad interventi di PNRR/PNC e tutti gli altri.

Allo stesso modo provvedere all'aggiornamento dell'allegato previsto dal d.lgs 33/2013 rispetto agli obblighi di pubblicazione, in assenza di un format nazionale messo a disposizione ufficialmente da un'autorità preposta, è oneroso e difficile.

Alcuni obblighi riferiti al previgente Codice dei contratti possono sussistere, soprattutto in caso di istanze di accesso agli atti, per i contratti stipulati prima del 30 giugno 2023 o tra il 1° luglio 2023 e il 31.12.2023

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

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

Effettivamente, al netto delle incertezze sopra menzionate e della casistica che nel corso del 2024 le strutture aziendali hanno raccolto nonché dal confronto con altre realtà ed all'interno dei corsi di formazione ed aggiornamento si rileva una semplificazione tramite la digitalizzazione che paga ancora lo scotto di una difficoltà non dipendente da chi inserisce i dati a poter accedere all'operatività della Banca dati nazionale dei contratti pubblici, la quale, quando si riescono ad inserire i dati e le informazioni, gestisce velocemente il flusso dati nelle direzioni previste.

Una volta ottenuto il CIG l'AO genera un link sull'apposita sezione visibile da Amministrazione Trasparente attraverso cui si accede allo specifico della BDNCP dove, alimentando correttamente le schede ANAC si dispongono i dati le informazioni su tutta la vita di una gara e di una fornitura. L'interoperabilità prevede che ogni singolo step vada tracciato nel sistema nazionale ANAC attraverso l'invio di schede: a partire dalla funzione "crea appalto", la Piattaforma Contratti Pubblici (PCP, parte della Banca dati nazionale) acquisisce il set di informazioni di base sulla procedura che, una volta confermata, consente di recuperare il CIG, realizzando uno scambio di dati con l'ANAC costante e tempestivo in ogni fase del contratto. Pubblicato il collegamento ipertestuale (link) alla procedura sulla BDNCP nella sotto-sezione "Bandi di gara e contratti" dell'Amministrazione trasparente sul portale istituzionale aziendale, nella medesima sotto-sezione verranno pubblicati i dati, gli atti e le informazioni individuati dall'allegato I alla Delibera ANAC n. 264 che non devono essere trasmessi alla BDNCP ma pubblicati integralmente, come ad esempio il provvedimento di nomina della commissione giudicatrice ed i curricula dei suoi componenti.

Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione. Allo stato attuale questo non consente però un accesso alle informazioni alle persone comuni che non accedono a tale banca dati.

L'interfaccia attuale tra gli applicativi Sfera e Casa di Vetro consentono di migliorare i dati che devono essere pubblicati; il percorso di ottimizzazione continuerà nel 2025 e di reingegnerizzazione dei processi e digitalizzazione di una parte iniziale di modulistica.

Annualmente viene riesaminato l'elenco delle maggiori banche dati alimentate dall'Azienda⁷⁹ e verificato l'utilizzo di piattaforme certificate per la gestione dei contratti pubblici.

La FPCT sollecita, alle scadenze previste, il RTD all'effettuazione dei monitoraggi necessari alla compilazione della Dichiarazione di accessibilità secondo il modello AGID e con il coinvolgimento della ditta che gestisce il portale aziendale.

Nel corso del 2024 si è data evidenza del lavoro del gruppo aziendale sull'accessibilità che integra figure che se ne occupano a diverso livello. Nel 2025 verrà inserita anche la mobility manager di recente nomina e si valuterà l'opportunità di effettuare la dichiarazione anche sulla web app che attualmente gestisce la telemedicina.

L'utente può ricorrere al Difensore Civico per il Digitale tramite l'apposito riferimento presente sul modello di dichiarazione di accessibilità qualora, entro trenta giorni dalla notifica o dalla richiesta di informazioni di cui al paragrafo 7.3, il soggetto erogatore non risponda o fornisca una risposta insoddisfacente. Il Difensore Civico per il Digitale può disporre eventuali misure correttive informando di ciò l'Agenzia per l'Italia Digitale. Non sono mai pervenute segnalazioni da tale figura.

Su sollecitazione dell'OIV è stata inserita in forma sperimentale una modalità di verifica dell'utilizzabilità dei due servizi digitali di cui risponde l'AO (la prenotazione delle donazioni di sangue e la prenotazione dei prelievi di sangue), rispetto alla quale si monitorerà sia l'utilizzo sia i contenuti emersi dai compilatori.

La presente sezione del PIAO è stata redatta tenendo conto della check list ANAC messa a disposizione con l'allegato n. 1 al PNA 2022 "Check-list per la predisposizione del PTPCT e della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO".

Sezione 3 Organizzazione e capitale umano

Sottosezione di programmazione: Struttura organizzativa

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

L'Azienda si articola in:

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

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda è meglio dettagliato nel Piano di Organizzazione Aziendale allegato all'Atto Aziendale⁸⁰.

⁷⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accessibilita-e-catalogo-di-dati-metadati-e-banche-dati/v>

⁸⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-amministrativi-general/>

La struttura organizzativa dell'Azienda è illustrata nell'organigramma⁸¹ pubblicato nell'apposita area del portale (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**).

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

Il Dipartimento costituisce la tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e esaustive rispetto ai compiti assegnati nell'ottica di comunanza delle risorse.

Il Dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra loro interdipendenti.

Il Dipartimento è sovraordinato gerarchicamente, dal punto di vista organizzativo e gestionale, alle strutture complesse e semplici dipartimentali che ne fanno parte.

Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale i cui processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti.

I dipartimenti possono essere di tipo strutturale o funzionale a seconda che prevalgano l'aspetto dell'organizzazione e della gestione o, altrimenti, esigenze di carattere professionale e tecnico connesse alla presa in carico complessiva delle esigenze cliniche dell'assistito.

Il modello di rete ospedaliera previsto dal P.S.S.R. e dalle D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, come integrata con D.G.R. n. 1-924 del 23.01.2015, nonché dalla D.G.R. n. 7 – 1492 del 12.06.2020 e successivi provvedimenti di rimodulazione, prevede che i dipartimenti ospedalieri, ove necessario per favorire la gestione integrata di attività, siano definiti in ambito interaziendale, mediante accordi tra le Aziende coinvolte.

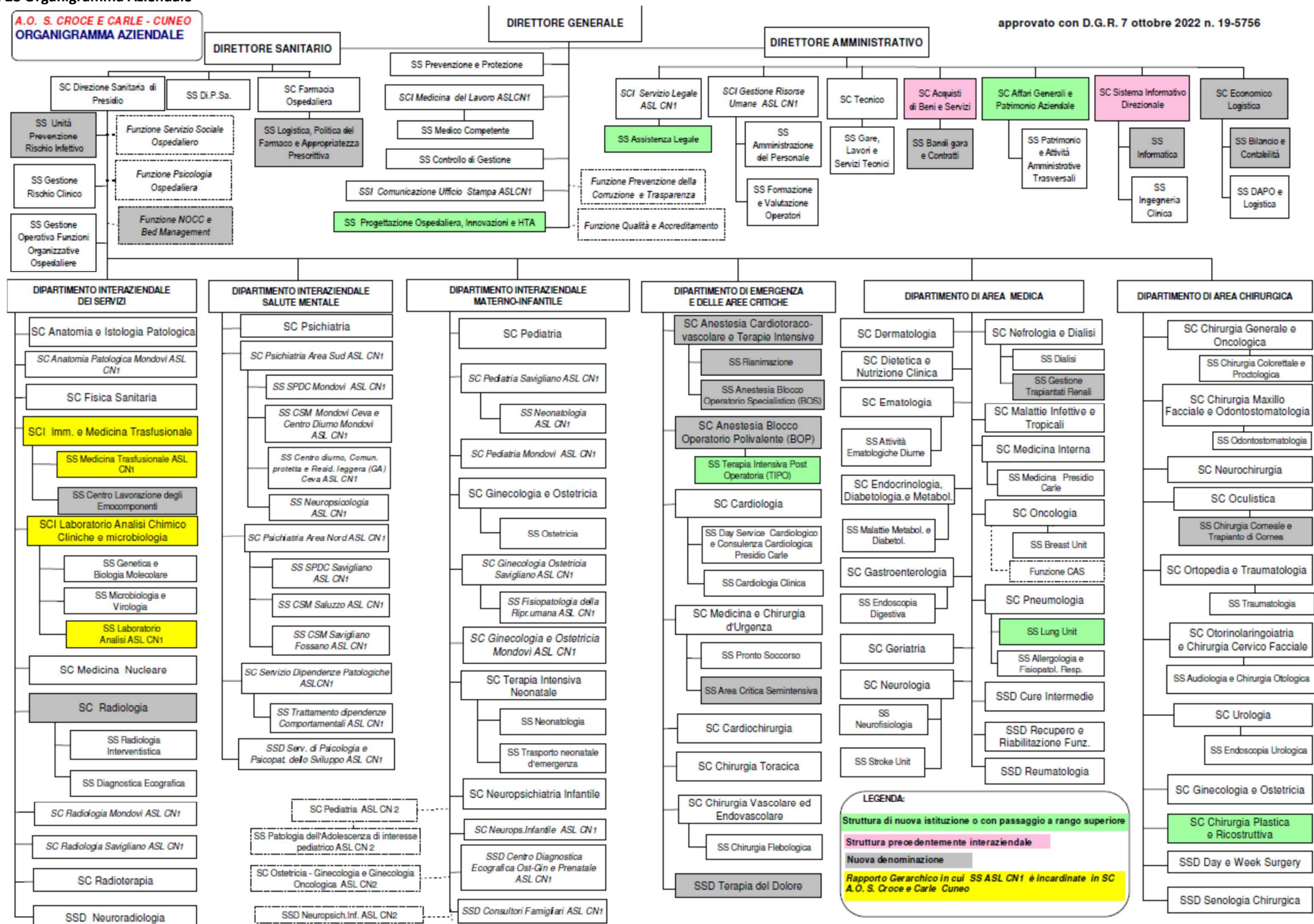
L'attività dell'Azienda, in continuo divenire per mantenersi adeguata al contesto e adattarsi al futuro, necessita inoltre di utilizzare, in modo sistematico, ulteriori e innovative forme di aggregazione delle competenze con carattere permanente o temporaneo:

- aree organizzative, di degenza o di servizi, per l'aggregazione di attività di degenza o supporto a livello, di norma, intra dipartimentale, per rispondere a esigenze di coordinamento stabile, finalizzate a potenziare la risposta, dal punto di vista dell'organizzazione e della gestione, alle esigenze assistenziali;
- gruppi di Progetto, quali aggregazioni di articolazioni aziendali, finalizzate a realizzare obiettivi specifici definiti nel relativo atto istitutivo;
- task force per la realizzazione di obiettivi circoscritti, in un ambito temporale ben definito e solitamente di breve durata.

L'organigramma che segue (Figura 28 nella pagina successiva) illustra l'assetto organizzativo dell'Azienda.

⁸¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=251>

Figura 28 Organigramma Aziendale



L’attività di assistenza e cura si realizza attraverso la partecipazione delle professioni che agiscono a diretto contatto con il paziente e di quelle che, con pari dignità, forniscono le prestazioni e i prodotti o servizi intermedi, necessari all’attività delle prime. Di conseguenza l’Azienda cura e valorizza modalità di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari, favorisce una cultura organizzativa che ha come valori centrali la partecipazione e la collegialità nell’assunzione delle decisioni che riguardano le tipologie e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, ponendo il paziente e i suoi bisogni a riferimento dell’attività dei professionisti e delle attenzioni dell’organizzazione nel suo complesso.

Le modalità di identificazione delle diverse articolazioni organizzative (dipartimenti, strutture complesse e semplici, funzioni) e i criteri per la loro istituzione, l’esplicitazione del loro livello di autonomia gestionale e tecnico professionale, i ruoli e le responsabilità associate, sono definite nell’Atto Aziendale e nel Piano di organizzazione aziendale⁸².

Al 31 dicembre 2024 i dipendenti dell’AO erano 2.403.

Tabella 29 Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2024

TOTALE 2403	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
dirigenza area sanità SC			1	6	4			1	15	9
dirigenza area sanità SS			5	6	4		1	4	7	6
dirigenza area sanità	8	104	72	33	8	11	98	40	39	18
dirigenza area funzioni locali SC										1
dirigenza area funzioni locali SS			1	3					1	
dirigenza area funzioni lcoalì				3			1		3	1
comparto sanitario incarico di funzione media/alta complessità		10	19	25	4		7	4	6	2
comparto sanitario	145	257	287	404	27	16	72	52	52	8
comparto socio-sanitario	1	17	39	67	21	2	12	9	11	3
comparto tecnico/professionale incarico di funzione media/alta complessità			1					2	6	1
comparto tecnico/professionale		2	4	7	4	4	21	35	35	5
comparto amministrativo incarico di funzione media/alta complessità			2	11	3			1	2	
comparto amministrativo	10	17	25	61	18	9	5	10	7	2
totale	164	407	456	626	93	42	217	158	184	56
% sul personale complessivo	6,82	16,94	18,98	26,05	3,87	1,75	9,03	6,58	7,66	2,33

Tabella 30 Numerosità personale dirigente nelle strutture cliniche al 31.12.2024

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	3	4	7
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	15	14	29
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	7	6	13
S.S. RIANIMAZIONE	7	10	17
S.S. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO SPECIALISTICO	1		1

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

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.C. CARDIOCHIRURGIA	1	9	10
S.C. CARDIOLOGIA	10	9	19
S.S. CARDIOLOGIA CLINICA		1	1
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	3	13	16
S.S. CHIRURGIA COLO RETTALE E PROCTOLOGICA	1		1
S.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA	3	3	6
S.C. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1	2	3
S.C. CHIRURGIA TORACICA	1	5	6
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	3	7	10
S.C. DERMATOLOGIA	1	1	2
S.C. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	2	1	3
S.C. EMATOLOGIA	5	7	12
S.C. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E METABOLISMO	5	3	8
S.C. FISICA SANITARIA	1	6	7
S.C. GASTROENTEROLOGIA	4	6	10
S.C. GERIATRIA	7	2	9
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA	11	7	18
S.C.I. LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA	9	2	11
S.S. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE	2		2
S.S. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1	1	2
S.C.I. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	8	2	10
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5	3	8
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	18	9	27
S.C. MEDICINA INTERNA	11	9	20
S.C. MEDICINA NUCLEARE	6	8	14
S.C. NEUROCHIRURGIA	1	9	10
S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	7	3	10
S.C. NEUROLOGIA	4	3	7
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3		3
S.C. OCULISTICA	2	6	8
S.S. CHIRURGIA CORNEALE E TRAPIANTO DI CORNEA	1		1
S.C. ONCOLOGIA	11	4	15
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	10	13
S.S. TRAUMATOLOGIA		1	1
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	3	3	6
S.C. PEDIATRIA	9	1	10
S.C. PNEUMOLOGIA	4	6	10
S.S. ALLERGOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	1	2	3
S.C. PSICHIATRIA	4	1	5
S.C. RADIOLOGIA	8	11	19
S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	1	2	3
S.S. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA		1	1
S.C. RADIOTERAPIA	4	4	8
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	3	11
S.C. UROLOGIA	3	6	9
S.S. GESTIONE TRAPIANTI RENALI	1		1
S.S.D. CURE INTERMEDIE		1	1

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY		3	3
S.S.D. NEURORADIOLOGIA	1	5	6
S.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		3	3
S.S.D. REUMATOLOGIA	3	2	5
S.S.D. SENOLOGIA CHIRURGICA		2	2
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	2	3	5
totale	236	245	481

Tabella 31 Numerosità personale dirigente nelle strutture in staff, tecnico e amministrative al 31.12.2024

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	4	5
S.S. DI.P.SA.	1		1
S.S. MEDICO COMPETENTE	2		2
S.C. FARMACIA OSPEDALIERA	10	1	11
S.S. LOGISTICA, POLITICA DEL FARMACO E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	1		1
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	1		1
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	1		1
S.C. TECNICO	1	2	3
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE		1	1
S.S. INFORMATICA		1	1
S.S. INGEGNERIA CLINICA		1	1
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI		1	1
S.S. DAPO E LOGISTICA	1		1
S.S. PATRIMONIO E ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI	1		1
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	1		1
S.S. BILANCIO E CONTABILITA'	1		1
totale	21	7	28

Tabella 32 Numerosità personale di comparto e ripartizione aziendale al 31.12.2024

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10	3	13
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	59	17	76
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	87	20	107
S.C. CARDIOCHIRURGIA	4	2	6
S.C. CARDIOLOGIA	40	11	51
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	18	2	20
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	12	1	13
S.C. EMATOLOGIA	24	4	28
S.C. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E METABOLISMO	3		3
S.C. FISICA SANITARIA	1	1	2
S.C. GASTROENTEROLOGIA	17		17
S.C. GERIATRIA	20	1	21
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA	93		93
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	17	3	20

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	63	19	82
S.C. MEDICINA INTERNA	30	7	37
S.C. MEDICINA NUCLEARE	12	6	18
S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	7	1	8
S.C. NEUROCHIRURGIA	22	4	26
S.C. NEUROLOGIA	14	6	20
S.C. OCULISTICA	13		13
S.C. ONCOLOGIA	25	1	26
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	3	18
S.C. PEDIATRIA	16	3	19
S.C. PNEUMOLOGIA	10	3	13
S.C. PSICHIATRIA	18	7	25
S.C. RADIOLOGIA	56	27	83
S.C. RADIOTERAPIA	20	2	22
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	42	2	44
S.C. UROLOGIA	15	4	19
S.C.DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	56	24	80
S.C.INT. LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CL. E MICROBIOLOGIA	34	8	42
S.C.INT. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	17	8	25
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY	10		10
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	4		4
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	16		16
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	7	1	8
DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREE CRITICHE	84	29	113
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	27	7	34
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE	30	2	32
S.S. DI.P.SA.	295	45	340
FUNZIONE QUALITA' E ACCREDITAMENTO	5		5
S.S. INTERAZIENDALE COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	1	1	2
S.S. MEDICO COMPETENTE	4	1	5
S.S. PREVENZIONE E PROTEZIONE	3	2	5
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	10	2	12
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	23	1	24
S.C. TECNICO	8	49	57
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE	6	18	24
S.S. INGEGNERIA CLINICA	2	5	7
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	3		3
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	12	5	17
S.S. FORMAZIONE E VALUTAZIONE OPERATORI	4	4	8
S.S. PATRIMONIO E ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI	19	3	22
S.S. DAPO E LOGISTICA	15	24	39
S.S. BILANCIO E CONTABILITA'	10	2	12
totale	1488	401	1889

Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'Azienda si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività.

Gli incarichi di Struttura Complessa e Semplice sono visibili nell'apposita area del portale aziendale in Amministrazione Trasparente⁸³.

Per quanto attiene agli incarichi professionali di cui alle vigenti disposizioni contrattuali, è in vigore la ripartizione di carattere generale in:

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

che trovava al 31.12.2024 la seguente applicazione in Azienda: (Tabella 33)

Tabella 33 Incarichi professionali art.18/2019

Incarichi professionali - Dirigenza Area Funzioni Locali	DONNE	UOMINI	TOTALE	% donne	% uomini
ES		2	2	0,00	100,00
SRD	2	2	4	50,00	50,00
totale	7	7	14	50,00	50,00

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

Nel 2025 l'Azienda provvederà ad attivare bandi per il conferimento di incarichi per posizioni dirigenziali che risulteranno nel tempo vacanti, anche al fine di procedere al conferimento di incarichi ai Dirigenti assunti per mobilità o concorso, e al raggiungimento dell'esperienza professionale quinquennale.

Nel corso del 2024 sono stati conferiti n. 4 incarichi di Direttore di Struttura Complessa di Area Sanitaria e n. 9 incarichi di funzione a personale del Comparto.

Tabella 34 Incarichi di funzione attribuiti al personale non dirigenziale del comparto, ripartiti per genere, per valori assoluti e percentuali al 31.12.2024

	DONNE	UOMINI	TOTALE	% donne	% uomini
RUOLO SANITARIO	58	19	77	75,32	24,68
RUOLO TECNICO	1	9	10	10,00	90,00
RUOLO AMMINISTRATIVO	16	3	19	84,21	15,79
totale	75	31	106	70,75	29,25

Per quanto riguarda la conoscenza dei titoli di studio dei dipendenti ospedalieri occorre precisare come non sia allo stato attuale possibile riferire un dato aggiornato, completo e attendibile in merito, in quanto al di fuori del titolo registrato al momento dell'assunzione e verificato in relazione al ruolo per il quale viene selezionato il dipendente, è poi a discrezione dello stesso procedere alle eventuali comunicazioni di aggiornamento dello stesso alla SS Amministrazione del Personale.

Tutto il personale dirigente deve avere almeno il diploma di laurea, aspetto che viene verificato in sede di acquisizione della documentazione per accesso alle procedure di reclutamento.

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

La DIPSA provvede periodicamente alla raccolta dei titoli di studio del personale di comparto ad essa afferente, soprattutto in occasione dell'assegnazione di incarichi.

Per quanto riguarda i dati relativi alla Commissioni di concorso la S.S. Amministrazione del Personale che governa centralmente i processi di assunzione aziendale dichiara che il dato non è significativo in quanto componenti delle commissioni di concorso vengono individuati in conformità alle modalità indicate dalla normativa concorsuale relativa alla dirigenza e al comparto. La normativa affida la Presidenza al Direttore della Struttura Complessa cui afferisce il profilo da assumere e, per quanto riguarda la dirigenza medica e sanitaria, prevede l'individuazione dei componenti da parte della Regione Piemonte e da parte dell'Azienda mediante sorteggio da elenco di nominativi di Direttori di Struttura Complessa della disciplina a concorso (DPR 483/1997). Nelle commissioni di concorso per ruoli dirigenziali apicali le quote femminili rappresentano sempre il 50% per garantire la parità di genere; per quanto riguarda i candidati non esiste più la rosa di idonei, ma viene nominato il vincitore. Al 31.12.2023 su 34 direttori di struttura complessa di area sanitaria 9 erano donne, mentre al 31.10.2024 su 36 direttori di struttura complessa le donne sono 11.

Per quanto riguarda le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi l'AO è soggetta alle modalità di sorteggio descritte nel e non applica correttivi o bilanciamenti di genere rispetto a quanto emerge dal meccanismo adottato. In ogni caso, relativamente alle procedure concorsuali relative al personale di comparto – ruolo sanitario, la presenza del dirigente DIPSA – di genere femminile, garantisce il rispetto della rappresentanza di tal genere. Negli incarichi di funzione le Commissioni hanno sempre salvaguardato la rappresentanza di genere.

Nelle estrazioni dei restanti componenti dagli elenchi previsti non è considerata la valutazione del genere. Non si sono verificati ricorsi nel 2024 in riferimento ad aspetti correlati al genere. Le evidenze delle procedure concorsuali sono editate nell'apposita area del sito aziendale gestita direttamente dalla S.S. Amministrazione del Personale⁸⁴

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

L'Azienda dal 2023 non è più sede del Comitato Etico Interaziendale⁸⁵ ma fa capo all'area coordinata dall'AOU Maggiore della Carità di Novara, come da Decreto del Presidente della Regione n. 26/2023/XI del 12/06/2023, istituito in conformità a quanto previsto dal D.M. 30 gennaio 2023 ed ai sensi della D.G.R. n. 24-6629 del 21.03.2023.

Verrà riproposto per il 2025 da parte di un gruppo di operatori auto-organizzato, la strutturazione di un percorso di formazione, condivisione e confronto sui temi dell'etica e della bioetica.

I rapporti con le Istituzioni del territorio si rivolgono principalmente alla Regione Piemonte, all'ASLCN1 e CN2 ed agli Enti Locali.

Le relazioni con gli Enti Locali si esplicitano attraverso gli incontri con la Conferenza dei Sindaci⁸⁶. La collaborazione con le Associazioni di volontariato si manifesta con progetti condivisi ed integrati e l'organismo ufficiale è rappresentato dalla Conferenza di Partecipazione⁸⁷, nonché attraverso l'audit civico quando previsto dalle indicazioni regionali.

⁸⁴ http://www.ospedale.cuneo.it/concorsi_avvisi_di_mobilita/elenco_procedure_selettive_espletate_e_in_corso/

⁸⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/azienda/comitato-etico-interaziendale/>

⁸⁶ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1006>

⁸⁷ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

Attraverso la Funzione Assistenza Sociale si garantisce la collaborazione con i Consorzi Socio Assistenziali soprattutto rispetto ai percorsi necessari agli utenti “fragili” e con i maggiori Patronati cittadini⁸⁸, anche grazie allo sportello collocato nel presidio S. Croce.

Sottosezione di programmazione: Organizzazione del lavoro agile

Con gli articoli 76-82 del CCNL Comparto Sanità triennio 2019/2021 sottoscritto in data 2 novembre 2022 sono stati disciplinati i principi generali del lavoro agile nonché aspetti relativi ai criteri di accesso, agli elementi essenziali dell'accordo individuale, all'articolazione della prestazione in modalità agile, al diritto alla disconnessione ed alla formazione dei lavoratori in modalità agile.

Il 23 gennaio 2024 è stato sottoscritto definitivamente il contratto collettivo nazionale di lavoro per il triennio 2019-2021 per l'area sanità, il quale ha affermato, tra l'altro, la possibilità di poter effettuare lavoro da remoto o lavoro agile, fermo restando quanto previsto dall'articolo 6, comma 3, lettera l), secondo cui l'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in “modalità agile”.

Il titolo IX del contratto si occupa del lavoro a distanza, che comprende il lavoro agile (art.92) e il lavoro da remoto (art.97).

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

All'interno dell'indagine prevista per la redazione del “Piano spostamenti casa lavoro”, che verrà promossa nel 2025 ad opera della mobility manager recentemente nominata, si analizzeranno gli item relativi ai desiderata dei rispondenti in termini di possibilità di lavorare a distanza.

Sottosezione di programmazione: Piano triennale dei fabbisogni di personale

Rappresentazione della consistenza del personale al 31.12.2024

Tabella 35 Dati relativi al personale dipendente per categoria e tipologia contrattuale suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2024

TOTALE 2403	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
dirigenza area sanità SC			1	6	4			1	15	9
dirigenza area sanità SS			5	6	4		1	4	7	6
dirigenza area sanità	8	104	72	33	8	11	98	40	39	18
dirigenza area funzioni locali SC										1
dirigenza area funzioni locali SS			1	3					1	
dirigenza area funzioni lcoali				3			1		3	1
comparto sanitario incarico di funzione media/alta complessità		10	19	25	4		7	4	6	2
comparto sanitario	145	257	287	404	27	16	72	52	52	8
comparto socio-sanitario	1	17	39	67	21	2	12	9	11	3
comparto tecnico/professionale incarico di funzione media/alta complessità			1					2	6	1

⁸⁸ 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/>

TOTALE 2403	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
comparto tecnico/professionale		2	4	7	4	4	21	35	35	5
comparto amministrativo incarico di funzione media/alta complessità			2	11	3			1	2	
comparto amministrativo	10	17	25	61	18	9	5	10	7	2
totale	164	407	456	626	93	42	217	158	184	56
% sul personale complessivo	6,82	16,94	18,98	26,05	3,87	1,75	9,03	6,58	7,66	2,33

Tabella 36 Dati relativi al personale dipendente a tempo determinato per categoria e tipologia contrattuale, suddivisi per genere e fasce di età anagrafica al 31.12.2024

	DONNE		UOMINI		
	<=30	31 - 40	<=30	31 - 40	
dirigenza area sanità	6	5	10	5	
comparto sanitario	4			1	
totale	10	5	10	6	31
% sul personale a tempo determinato	32,26	16,13	32,26	19,35	
% personale a tempo determinato sul personale totale	1,29				

Tabella 37 Personale dipendente per tipo di presenza, per genere e per fasce di età al 31.12.2024⁸⁹

	DONNE					UOMINI				
	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
tempo pieno	157	368	374	420	75	32	211	155	178	55
part time > 50	7	39	78	185	18	10	6	2	4	1
part time <= 50			4	21				1	2	
totale	164	407	456	626	93	42	217	158	184	56
% sul personale complessivo	6,82	16,94	18,98	26,05	3,87	1,75	9,03	6,58	7,66	2,33

Tabella 38 Personale non dipendente in comando da altre ASR presso AO S. Croce e Carle di Cuneo al 31.12.2024

comparto	dirigenza
0	1

Tabella 39 Personale dipendente dell’AO S. Croce e Carle di Cuneo in comando per almeno 1 mese di lavoro presso altri enti al 31.12.2024

comparto	dirigenza
1	0

Tabella 40 Assunzioni per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2024

	DONNE					UOMINI					
	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
ASSUNZIONI 2024											
dirigenza area sanità	5	22	3	3		9	19	5	1	1	

⁸⁹ la modalità di rappresentazione dei dati è quella individuata da Ragioneria Generale dello Stato e che si trova al link <https://www.contoannuale.mef.gov.it/struttura-personale/occupazione>

dirigenza area funzioni locali							1				
comparto sanitario	53	14	8	1		12	5	2			
comparto socio-sanitario	1	4	9	4		1	4	1	1		
comparto tecnico/professionale			1	1		2	7	10	1		
comparto amministrativo	6	5	10	1		3	1	1			
totale	65	45	31	10	0	27	37	19	3	1	238
% sul totale assunzioni	27,31	18,91	13,03	4,20	0,00	11,34	15,55	7,98	1,26	0,42	

Tabella 41 Assunzioni per mobilità in entrata analizzate per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2024

	DONNE					UOMINI					
	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
<i>di cui MOBILITA' IN ENTRATA</i>											
dirigenza area sanità				1				1			
dirigenza area funzioni locali							1				
comparto sanitario	4	4	2	1		2	1	2			
comparto socio-sanitario			2	1							
totale	4	4	4	3	0	2	2	3	0	0	22
% sul totale assunzioni per mobilità	18,18	18,18	18,18	13,64	0,00	9,09	9,09	13,64	0,00	0,00	

Tabella 42 Anzianità personale dipendente non dirigenziale area comparto, per genere e per fasce di età al 31.12.2024

	DONNE					UOMINI					
	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
<i>ANZIANITA' DI SERVIZIO IN AZIENDA</i>											
inferiore a 3 anni	114	77	42	18	1	29	38	26	7		
tra 3 e 5 anni	40	59	15	11		2	24	14	6	1	
tra 5 e 10 anni	2	102	16	15	2		30	19	5	1	
tra 10 e 20 anni		65	141	43	8		25	27	21	1	
tra 20 e 30 anni			162	227	39			27	45	10	
superiore a 30 anni			1	261	27				35	8	
totale	156	303	377	575	77	31	117	113	119	21	1889
% sul personale complessivo non dirigenziale	8,26	8,26	8,26	8,26	8,26	8,26	8,26	8,26	8,26	8,26	

Tabella 43 Anzianità personale dipendente area dirigenziale, per genere e per fasce di età al 31.12.2024

	DONNE					UOMINI					
	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
<i>ANZIANITA' DI SERVIZIO IN AZIENDA</i>											
inferiore a 3 anni	8	57	6	4	1	11	54	6	8	2	
tra 3 e 5 anni		27	11	4			26	3	4		
tra 5 e 10 anni		20	23	6	2		20	16	3	2	
tra 10 e 20 anni			39	15	3			20	19	3	
tra 20 e 30 anni				20	7				30	15	
superiore a 30 anni				2	3				1	13	
totale	8	104	79	51	16	11	100	45	65	35	514
% sul personale complessivo area dirigenziale	1,56	20,23	15,37	9,92	3,11	2,14	19,46	8,75	12,65	6,81	

Per quanto riguarda la rappresentazione dell'ampiezza delle unità organizzative al 31.12.2024 in termini di numero di dipendenti in servizio, al netto della precisazione che il personale di comparto ha un'assegnazione a livello dipartimentale, è di seguito rappresentata.

Tabella 44 Composizione per genere degli organici dirigenziali delle Strutture di area sanitaria e dei Direttori / Responsabili di Struttura al 31.12.2024

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE	<i>genere Direttore Resp.</i>
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	3	4	7	M
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	15	14	29	M
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	7	6	13	M
S.S. RIANIMAZIONE	7	10	17	F
S.S. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO SPECIALISTICO	1		1	F
S.C. CARDIOCHIRURGIA	1	9	10	M
S.C. CARDIOLOGIA	10	9	19	F
S.S. CARDIOLOGIA CLINICA		1	1	M
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	3	13	16	M
S.S. CHIRURGIA COLO RETTALE E PROCTOLOGICA	1		1	F
S.C. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOSTOMATOLOGIA	3	3	6	M
S.C. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1	2	3	M
S.C. CHIRURGIA TORACICA	1	5	6	M
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	3	7	10	M
S.C. DERMATOLOGIA	1	1	2	M
S.C. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	2	1	3	F
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	4	5	M
S.C. EMATOLOGIA	5	7	12	M
S.C. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E METABOLISMO	5	3	8	F
S.C. FISICA SANITARIA	1	6	7	M
S.C. GASTROENTEROLOGIA	4	6	10	F
S.C. GERIATRIA	7	2	9	F
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA	11	7	18	M
S.C.I. LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA	9	2	11	M
S.S. GENETICA E BIOLOGIA MOLECOLARE	2		2	F
S.S. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1	1	2	F
S.C.I. IMMUNOEMATOOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	8	2	10	F
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5	3	8	M
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	18	9	27	M
S.C. MEDICINA INTERNA	11	9	20	M
S.C. MEDICINA NUCLEARE	6	8	14	M
S.C. NEUROCHIRURGIA	1	9	10	M
S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	7	3	10	M
S.C. NEUROLOGIA	4	3	7	M
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3		3	F
S.C. OCULISTICA	2	6	8	M
S.S. CHIRURGIA CORNEALE E TRAPIANTO DI CORNEA	1		1	F
S.C. ONCOLOGIA	11	4	15	M
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	10	13	M

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE	<i>genere Direttore Resp.</i>
S.S. TRAUMATOLOGIA		1	1	M
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	3	3	6	F
S.C. PEDIATRIA	9	1	10	F
S.C. PNEUMOLOGIA	4	6	10	M
S.S. ALLERGOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	1	2	3	M
S.C. PSICHIATRIA	4	1	5	F
S.C. RADIOLOGIA	8	11	19	M
S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	1	2	3	M
S.S. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA		1	1	M
S.C. RADIOTERAPIA	4	4	8	F
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	8	3	11	M
S.C. UROLOGIA	3	6	9	M
S.S. GESTIONE TRAPIANTI RENALI	1		1	F
S.S.D. CURE INTERMEDIE		1	1	M
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY		3	3	M
S.S.D. NEURORADIOLOGIA	1	5	6	M
S.S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		3	3	M
S.S.D. REUMATOLOGIA	3	2	5	F
S.S.D. SENOLOGIA CHIRURGICA		2	2	M
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	2	3	5	M
totale	237	249	486	

Tabella 45 Composizione per genere degli organici dirigenziali delle strutture in staff, tecnico e amministrative e dei Direttori/Responsabili di Struttura al 31.12.2024

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE	<i>genere Direttore Resp.</i>
S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	1	4	5	M
S.S. DI.P.SA.	1		1	F
S.S. MEDICO COMPETENTE	2		2	F
S.C. FARMACIA OSPEDALIERA	10	1	11	F
S.S. LOGISTICA, POLITICA DEL FARMACO E APPROPR. PRESCRITTIVA	1		1	F
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	1		1	M
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	1		1	M
S.C. TECNICO	1	2	3	M
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE		1	1	M
S.S. INFORMATICA		1	1	M
S.S. INGEGNERIA CLINICA		1	1	M
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI		1	1	M
S.S. DAPO E LOGISTICA	1		1	F
S.S. PATRIMONIO E ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI	1		1	F
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	1		1	F
S.S. BILANCIO E CONTABILITA'	1		1	F
totale	21	7	28	

Tabella 46 Numerosità personale di comparto e ripartizione aziendale al 31.12.2024

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	10	3	13
S.C. ANESTESIA BLOCCO OPERATORIO POLIVALENTE	59	17	76
S.C. ANESTESIA CARDIOTORACOVASCOLARE E TERAPIE INTENSIVE	87	20	107
S.C. CARDIOCHIRURGIA	4	2	6
S.C. CARDIOLOGIA	40	11	51
S.C. CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	18	2	20
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	12	1	13
S.C. EMATOLOGIA	24	4	28
S.C. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E METABOLISMO	3		3
S.C. FISICA SANITARIA	1	1	2
S.C. GASTROENTEROLOGIA	17		17
S.C. GERIATRIA	20	1	21
S.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA	93		93
S.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	17	3	20
S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	63	19	82
S.C. MEDICINA INTERNA	30	7	37
S.C. MEDICINA NUCLEARE	12	6	18
S.C. NEFROLOGIA E DIALISI	7	1	8
S.C. NEUROCHIRURGIA	22	4	26
S.C. NEUROLOGIA	14	6	20
S.C. OCULISTICA	13		13
S.C. ONCOLOGIA	25	1	26
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	3	18
S.C. PEDIATRIA	16	3	19
S.C. PNEUMOLOGIA	10	3	13
S.C. PSICHIATRIA	18	7	25
S.C. RADIOLOGIA	56	27	83
S.C. RADIOTERAPIA	20	2	22
S.C. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	42	2	44
S.C. UROLOGIA	15	4	19
S.C.DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	56	24	80
S.C.INT. LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CL. E MICROBIOLOGIA	34	8	42
S.C.INT. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	17	8	25
S.S.D. DAY E WEEK SURGERY	10		10
S.S.D. TERAPIA DEL DOLORE	4		4
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	16		16
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	7	1	8
DIPARTIMENTO EMERGENZA E AREE CRITICHE	84	29	113
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DEI SERVIZI	27	7	34
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE	30	2	32
S.S. DI.P.SA.	295	45	340
FUNZIONE QUALITA' E ACCREDITAMENTO	5		5
S.S. INTERAZIENDALE COMUNICAZIONE E UFFICIO STAMPA	1	1	2
S.S. MEDICO COMPETENTE	4	1	5
S.S. PREVENZIONE E PROTEZIONE	3	2	5

STRUTTURA	DONNE	UOMINI	TOTALE
S.S. CONTROLLO DI GESTIONE	10	2	12
S.C. ACQUISTI BENI E SERVIZI	23	1	24
S.C. TECNICO	8	49	57
S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE	6	18	24
S.S. INGEGNERIA CLINICA	2	5	7
S.C. INTERAZIENDALE LEGALE	3		3
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	12	5	17
S.S. FORMAZIONE E VALUTAZIONE OPERATORI	4	4	8
S.S. PATRIMONIO E ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI	19	3	22
S.S. DAPO E LOGISTICA	15	24	39
S.S. BILANCIO E CONTABILITA'	10	2	12
totale	1488	401	1889

Nel 2024 si è fatto ricorso a personale non dipendente, mediante conferimento di incarichi di lavoro autonomo - soprattutto per attività correlate a progetti finanziati; sono state inoltre stipulate convenzioni per acquisizione di prestazioni di specifiche professionalità da altre Aziende/Enti o per la messa a disposizione di proprio personale per attività presso altre Aziende/Enti.

Inoltre, per una corretta rappresentazione del grado di assorbimento delle risorse connesse con le attività oggetto del Ciclo di Gestione della Performance, è opportuno tenere conto anche del personale non dipendente che opera presso l'Azienda, sulla base di incarichi di consulenza, convenzioni e comandi. I dati sono presenti nell'apposita area di Amministrazione Trasparente⁹⁰ ed i costi relativi alle collaborazioni e incarichi libero-professionali sono visibili alla voce di Bilancio "B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e sociosanitarie da privato".

Programmazione strategica delle risorse umane.

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

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

Tabella 47 Cessazioni per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2024

	DONNE					UOMINI					
	<=3 0	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=3 0	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
CESSAZIONI 2024											
dirigenza area sanità		7	6	6	3		7	1	4	12	
dirigenza area funzioni locali										2	
comparto sanitario	12	12	8	15	27	3	9	5	1	3	
comparto socio-sanitario	1		4	2	8		2		1	3	
comparto tecnico/professionale				1	1		1	1	3	3	
comparto amministrativo		1	2	4	3				2	1	
totale	13	20	20	28	42	3	19	7	11	24	187

⁹⁰ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/consulenti_e_collaboratori/

	DONNE					UOMINI					
CESSAZIONI 2024	<=3 0	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=3 0	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
% sul totale cessazioni	7,03	10,81	10,81	15,14	### #	1,62	10,27	3,78	5,95	12,9 7	

Tabella 48 Cessazioni per mobilità in uscita analizzate per categoria contrattuale, per genere e per fasce di età al 31.12.2024

CESSAZIONI	DONNE					UOMINI					
DI CUI MOBILITA' IN USCITA	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
dirigenza area sanità			2	1			1				
dirigenza area funzioni locali									1		
comparto sanitario	4	3	2	2			2		1		
comparto socio-sanitario			1	1			2				
comparto amministrativo				1				2			
totale	4	3	5	5	0	0	5	2	2	0	26
% sul totale cessazioni per mobilità	15,3 8	11,54	19,23	19,23	0,0 0	0,00	19,23	7,69	7,69	0,0 0	

Tabella 49 Dimissioni analizzate per categoria contrattuale, per genere e fasce d'età al 31/12/2024

	DONNE					UOMINI					
DIMISSIONI	<=3 0	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	<=3 0	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60	
dirigenza area sanità		7	4	5	2		6	1	4	5	
comparto sanitario	8	9	6	5	2	3	6	5	1		
comparto socio-sanitario	1		3	1	2					1	
comparto tecnico/professionale				1				1	1		
comparto amministrativo			1	1	1						
totale	9	16	14	13	7	3	12	7	6	6	93
% sul totale cessazioni per dimissioni	9,68	17,20	15,05	13,98	7,5 3	3,23	12,90	7,53	6,45	6,4 5	

Tabella 50 Collocati a riposo analizzati per categoria contrattuale e per genere al 31.12.2024

COLLOCAMENTI A RIPOSO	DONNE	UOMINI	
dirigenza area sanità	1	7	
dirigenza area funzioni locali		1	
comparto sanitario	33	2	
comparto socio-sanitario	6	2	
comparto tecnico/professionale	1	5	
comparto amministrativo	3	1	
totale	43	10	53
% sul totale cessazioni per collocamento a riposo	81,13	18,87	

Tabella 51 Collocati a riposo analizzati per categoria contrattuale, con evidenza dei responsabili e direttori e per genere al 31.12.2024

<i>COLLOCAMENTI A RIPOSO</i>	DONNE	UOMINI
dirigenti responsabili SC	0	2
dirigenti responsabili SS	1	4
dirigenti	0	2
comparto-incarico di funzione media/alta complessità	3	3
comparto	40	7

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

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

L’Azienda, come da disposizioni regionali, ha adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) dell’Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, relativamente al triennio 2022 - 2024, come risultante dalle schede Dotazione Organica allegate provvedimento pubblicato sul portale aziendale^[1] e allegato al PIAO con i relativi prospetti di dettaglio del fabbisogno agli atti della S.S. Amministrazione del Personale. Suddetto Piano dei Fabbisogni viene comunicato tramite il sistema informativo di cui all’articolo 60 del Decreto Legislativo 165/2001 e inviato alla Regione Piemonte – Direzione Sanità – Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR. La regione richiede infatti il mantenimento di tale documento che la normativa del PIAO avrebbe previsto di inglobare nello stesso.

L’attuale PTFP dell’Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo riguarda il triennio 2022 – 2024, è stato approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 30-7328/2023/XI del 31.07.2023 e successivamente adottato con deliberazione n. 378 del 24.08.2023. Il suddetto Piano dei Fabbisogni viene comunicato tramite il sistema informativo di cui all’articolo 60 del Decreto Legislativo 165/2001 ed inviato alla Regione Piemonte – Direzione Sanità – Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR, entro trenta giorni dall’adozione.

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

Tabella 52 Fruizione congedi parentali per ex Legge 104/1992 analizzati per tipologia e per genere al 31.12.2024

	DONNE		UOMINI		TOTALE	
	valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%
n. dipendenti che hanno fruito di permessi giornalieri L. 104/1992	186	7,74	41	1,71	227	9,45
n. dipendenti che hanno fruito di permessi orari L. 104/1992	10	0,42	7	0,29	17	0,71
n. dipendenti che hanno fruito di permessi giornalieri per congedi parentali	264	10,99	38	1,58	302	12,57

	DONNE		UOMINI		TOTALE	
	valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%
n. dipendenti che hanno fruito di permessi orari per congedi parentali	5	0,21	4	0,17	9	0,37

Tabella 53 Situazione dipendenti analizzati per genere che hanno chiesto di cedere a titolo gratuito ferie e riposi solidali

	DONNE	UOMINI
	valori assoluti	valori assoluti
N. dipendenti che hanno fatto richiesta di cedere a titolo gratuito ferie e riposi solidali a favore dei colleghi che si trovino nelle condizioni definite dalle vigenti disposizioni contrattuali	0	0

Gli Accordi sindacali⁹¹ per la dirigenza ed il comparto sono regolarmente pubblicati nell'apposita area del portale in Amministrazione Trasparente.

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

Formazione del personale

L'Azienda sostiene la formazione, la ricerca, la traduzione nella pratica clinica di linee guida e buone pratiche, in un'ottica di garanzia della qualità e della affidabilità dei servizi erogati, e partecipa allo sviluppo della comunità di riferimento contribuendo alla tutela e alla promozione della salute con azioni dirette e attraverso il sostegno alle attività didattiche di formazione rivolte ai propri professionisti.

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

Il SSN, a differenza di quanto recentemente stabilito per le altre PP.AA., sin dal 2002, con l'avvio del sistema ECM, ha richiesto agli operatori sanitari l'acquisizione di n. 150 crediti ECM, nell'arco di un triennio, che equivale, in media, a 50 ore annue di formazione.

La formazione consiste nella possibilità di partecipare a:

- iniziative formative organizzate all'interno dell'Azienda (formazione in sede);
- iniziative formative organizzate da soggetti esterni all'Azienda, che ne autorizza la partecipazione, con oneri a proprio carico, nella misura in cui ciò si configuri come investimento istituzionale (formazione fuori sede non sponsorizzato);
- iniziative formative organizzate da soggetti esterni all'Azienda (che ne autorizza la partecipazione), con il contributo economico offerto da un ente privato, a copertura delle spese che l'Azienda dovrebbe sostenere per la partecipazione;
- comando finalizzato presso altre strutture, allo scopo di compiere studi speciali o acquisire competenze specifiche abbiano una ricaduta positiva sulla performance della struttura di appartenenza e/o dell'Azienda in generale;
- consultazione / studio di testi, riviste ed altre risorse documentali e bibliografiche.

L'esperienza sin qui maturata dall'Azienda indirizza fortemente a ricercare sempre maggiore coerenza con le reali esigenze degli operatori e dell'organizzazione, affinché un momento di crescita così importante abbia

⁹¹ http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione_trasparente/personale/contrattazione_integrativa/

importanti ricadute sulle prestazioni nei confronti degli utenti, pur tenendo conto della numerosità di vincoli nella gestione del personale e delle esigenze individuali (conciliazione tempo vita-lavoro).

Per quanto attiene la formazione in sede viene effettuata, annualmente, un'analisi dei bisogni formativi che precede la discussione dei budget, coinvolgendo attivamente tra novembre e dicembre chi ha responsabilità di direzione di struttura e coordinamento di personale e/o progetti o funzioni specifiche. La formazione aziendale è gestita dalla Struttura Formazione e Valutazione degli Operatori (in termini di budget, di accreditamento, di progettazione, di scelta dei destinatari, di organizzazione del corso e sua erogazione e valutazione) e si svolge nelle aree appositamente individuate presso i due presidi ospedalieri. Nel corso del 2025/2026 per far fronte alla riduzione di spazi conseguenti ai lavori finanziati dal PNRR nella sede che ospita l'Area Formazione, sarà possibile dover ricorrere all'utilizzo di aule virtuali disponibili sul portale regionale della formazione. Nel contempo sono state adottate strategie volte alla dematerializzazione della documentazione e snellimento delle procedure (in particolare si sta cercando di favorire l'utilizzo della app "formazione Regione Piemonte" che consente di esperire alcune fasi del ciclo formativo su pc o mediante l'utilizzo di un dispositivo mobile).

Gli eventi di "pianificazione strategica" comprendono tutte le iniziative top-down, considerate obbligatorie per adeguamento a standard o per risposta a requisiti normativi; l'attività formativa a questo tipo è pertanto da considerarsi trasversale e viene rivolta a tutte le professioni.

Gli eventi "tecnico specifici", comprendono tutta l'attività formativa bottom-up che viene promossa dai singoli Dipartimenti o Strutture. Nell'ultimo trimestre di ogni anno, ai Direttori di Dipartimento e/o delle singole Strutture e ai Direttori/Responsabili di Strutture di Staff o in Line, viene richiesto di presentare, su apposita modulistica, proposte formative per l'anno successivo.

La pianificazione formativa annuale viene condivisa, approvata e validata dal Comitato Scientifico per la formazione aziendale, anche per quanto riguarda l'individuazione dei Responsabili Scientifici delle singole iniziative formative; i docenti vengono nominati dalla Struttura FVO sulla base delle indicazioni fornite dai Responsabili Scientifici stessi che sono garanti dei contenuti erogati, della loro valenza scientifica, dell'idoneità dei docenti e della coerenza del materiale somministrato ai discenti con i contenuti stessi.

Il Piano Formativo Aziendale contempla tutte le metodologie previste dal Manuale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM): formazione residenziale (RES), sul campo (FSC), a distanza (FAD). Viene privilegiata la forma residenziale per l'erogazione di corsi a carattere strategico che coincidono con gli obiettivi di sistema e di processo; la formazione sul campo, è la metodologia utilizzata per gli obiettivi tecnico professionali, che mirano a migliorare le competenze inerenti uno specifico contesto lavorativo; la formazione a distanza è stata da tempo incrementata soprattutto per facilitare l'erogazione di contenuti normativi cogenti a tutti i dipendenti, per approfondire percorsi già avviati o ancora per porre le basi di accesso a una formazione che preveda un livello di approfondimento successivo.

La formazione in sede e fuori sede viene sostenuta annualmente dall'Azienda mediante assegnazione di un budget gestito e monitorato dalla Struttura FVO (ripartito per singoli dipartimenti e strutture in staff alle direzioni).

La rendicontazione dell'attuazione del PFA viene resa disponibile, secondo le tempistiche stabilite dalla normativa Regione/Nazionale (ossia entro il 28 febbraio dell'anno successivo).

Le regole per usufruire della formazione in sede e fuori sede sono portate a conoscenza dei dipendenti e monitorati dalla Struttura stessa, in base ad un Regolamento in corso di revisione. La partecipazione dei dipendenti alla formazione interna ed esterna, con riconoscimento del monte ore e delle relative spese, è subordinata alla cascata autorizzativa dettagliatamente specificata nella modulistica aziendale. Ogni Dipartimento/Struttura può a sua volta adottare criteri propri nell'individuare i dipendenti rispetto alla partecipazione, tenuto conto del budget a disposizione. Per quanto attiene la partecipazione a iniziative formazione fuori sede - sponsorizzata e non - la modulistica, debitamente compilata per autorizzazione, viene inoltrata alla Struttura FVO, corredata dalla documentazione richiesta; a chiusura dell'iniziativa la documentazione viene integrata con l'attestazione ed eventuali pezze giustificative delle spese sostenute (se autorizzate in fase istruttoria).

La formazione sponsorizzata viene autorizzata sulla base del vigente regolamento regionale e rendicontata alla FPCT semestralmente.

L'Azienda favorisce l'accesso dei dipendenti alla formazione in sede e fuori sede, anche ai fini dell'acquisizione dei relativi crediti ECM. La gestione e controllo dei crediti ECM spetta al singolo operatore che, previa registrazione, ha accesso alla banca dati COGEAPS in cui può verificare la propria situazione, integrare attestazioni mancanti e/o segnalare eventuali incongruenze. Il controllo (certificazione dei crediti) spetta agli Ordini

delle Professioni Sanitarie (e/o Associazioni laddove non presente l'Ordine) che hanno rapporto diretto con i propri iscritti.

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

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

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

Rispetto alle linee di indirizzo contenute nel richiamato D.M. 8 maggio 2018, le LL.GG sulla formazione del personale della PA emanate dal MEF e dal MPA aggiornano e integrano la componente connessa alla programmazione qualitativa e all'individuazione delle competenze che investono i profili (paragrafi 5 e 6), nulla innovando – invece – con riguardo agli aspetti finanziari e di gestione degli organici.

Il riconoscimento dei permessi retribuiti per studio (cd 150 ore) è regolamentato in Azienda e gestito dalla Struttura FVO tenuto conto di quanto previsto dal CCNL del comparto. Annualmente viene emesso un avviso in cui sono descritte le modalità di richiesta e i criteri di valutazione per l'anno solare successivo. I permessi sono concessi per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, parificate o legalmente riconosciuti dall'ordinamento pubblico, nonché per sostenere i relativi esami". Il beneficio, secondo quanto concertato con le OO.SS. del comparto sanitario, viene concesso sulla scorta di criteri tabellari predefiniti, resi noti e rendicontati.

La Struttura FVO gestisce inoltre rapporti convenzionali con le sedi formative esterne (prevalentemente universitarie) per lo svolgimento in azienda dei tirocini formativi degli studenti a esse iscritti e ha in essere convenzioni con Scuole secondarie superiori per tirocini di studenti (cd PCTO – percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento - ex ASL alternanza scuola-lavoro).

L'Azienda è inoltre sede dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie in Infermieristica, in Tecniche di Laboratorio Biomedico e in Tecniche di Radiologia per Immagini e Radioterapia afferenti alla Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino⁹².

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

Pari opportunità, valorizzazione e supporto agli operatori

In seguito alla pubblicazione delle nuove Linee Guida sulla "Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni"^{93,94}, tutti gli enti pubblici sono tenuti ad elaborare una check list che individui la situazione attuale e le aree di intervento in tema di pari opportunità ed equilibrio di genere, da inserire nel PIAO e da rendicontare tramite i monitoraggi previsti.

In assenza di chiare indicazioni circa la collocazione di questa parte nel PIAO vengono inserite in questa sezione, le iniziative auspicate nel 2025, al momento della redazione del presente documento (Tabella 54) e al netto della riprogrammazione che potrebbe essere messa in atto dal CUG che dovrebbe essere ricostituito. L'orientamento che l'Azienda intende continuare a perseguire prevede il confronto operativo con altre realtà esterne all'Azienda, sia territoriali sia per le singole tematiche, proponendo un miglioramento del confronto tra i diversi referenti aziendali soprattutto in occasione della pianificazione e della rendicontazione.

⁹² www.unito.it

⁹³ adottate in attuazione dell'art. 5 del DL n.36/2022

⁹⁴ https://www.funzionepubblica.gov.it/sites/funzionepubblica.gov.it/files/Linee_guida_sulla_Parita_di_Genere.pdf

Analogamente vengono inserite le azioni previste in tema di accessibilità sia fisica che digitale, anche in relazione a quanto previsto dall'art 3 del d.lgs 222/2023.

Tabella 54 Piano di azioni in tema di pari opportunità, welfare, antidiscriminazione, sostegno agli operatori

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Osservatorio permanente	Analisi dei maggiori dati relativi al personale dipendente in ottica di genere e secondo stratificazioni utili all'individuazione di bisogni e strategie	Amministrazione del Personale FVO MC
Tutela e supporto operatori	Sorveglianza sanitaria	MC
	Formazione sulla sicurezza come da PFA (Legge 81, Rischio Clinico)	FVO SPP RC
	Diffusione del Codice di comportamento: – micro pillole sulla rete intranet aziendale – formazione programmata – formazione specifica a richiesta – monitoraggio rispetto del Codice aziendale	FPCT UIPD FVO DIPSA SIA
	Corretto utilizzo social e dispositivi di comunicazione aziendale, app di messaggistica: – campagne di sensibilizzazione – formazione	CUG SPP DPO FVO
Whistleblower	– Reminder ai dipendenti con i consueti canali comunicativi aziendali – monitoraggio semestrale del funzionamento e dell'andamento delle segnalazioni tramite canale whistleblowing e delle eventuali segnalazioni ad ANAC di ritorsioni – riesame della procedura aziendale una volta ufficializzate le LL.GG ANAC	FPCT
Supporto psicologico e rielaborativo	– Aggiornamento e messa in atto di procedure di gestione del supporto individuale e di gruppo stress lavoro correlato a favore dei lavoratori – Analisi dell'attività	Medicina del Lavoro DSP: Servizio di Psicologia
Supporto in tema di disagio lavorativo	– Ricostituzione CUG – riesame della procedura CUG PG –Gestione segnalazioni discriminazione e disagio lavorativo Rev. 0 – individuazione di modalità di monitoraggio aziendali; – comunicazioni che ricordino le funzioni del CUG. delle sue funzioni e del suo funzionamento – punto di ascolto, raccolta di proposte e difficoltà	CUG
Gestione mobbing	– Definizione del percorso operativo in caso di segnalazioni relative al mobbing	CUG
Promozione della salute dei lavoratori ai sensi dell'art. 25 del d.L.gs 81/08	Corso di mindfulness Corso AFA	Medicina del Lavoro MC SPP Servizio di Psicologia Recupero e riabilitazione funzionale FVO

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
	Valutazione di percorsi di salute specifici a favore del personale dipendente	Medicina del lavoro MC in collaborazione con Fondazione Ospedale
Contrasto ad ogni forma di discriminazione	– Monitoraggio specifico delle infrazioni disciplinari riconducibili alle questioni di discriminazione – sensibilizzazione; – formazione; – in collaborazione con la rete antidiscriminazione – diffusione di formazione pre selezionata⁹⁵; – possibilità di confronto con la Consigliera di Parità provinciale, Consigliera di Parità regionale, UNAR – partecipazione alla Rete antidiscriminazione	CUG Amministrazione del Personale OO.SS. FPCT URP
Attuazione della legge n. 164/1982 secondo gli art delle CCNL	– Adozione di regolamentazione interna per le modalità di accesso e tempi di richiesta e attivazione dello pseudonimo per chi ha formalmente intrapreso il percorso di transizione di genere di cui alla legge n. 164/1982 e s.m.i.	CUG Amministrazione del Personale
Monitoraggio servizio rivolto a persone straniere con barriere linguistico culturale	– Raccolta bisogni e segnalazioni di utenza e personale – Rendicontazione servizio – Individuazione di eventuali criticità e strategie di superamento	Referente aziendale mediazione interculturale URP
Monitoraggio servizio rivolto a persone in regime detentivo	– Emissione procedura per l'accoglienza e presa in carico delle persone in regime detentivo – Monitoraggio	DIPSA
Governance e monitoraggio della diversity e della gender parity in Azienda in ottica di inclusività e valorizzazione	– Riesame delle modalità di reclutamento persone ex Legge 68 – Individuazione di un percorso di inserimento – Valutazione estensione ad altre categorie di intervento – Monitoraggio periodico delle condizioni, raccolta bisogni e dispositivi; pianificazione accomodamenti ragionevoli in relazione agli obiettivi di Accessibilità ed alla Dichiarazione di accessibilità	Responsabile dei percorsi di inserimento delle persone con disabilità RTD CUG
Accessibilità	– Lavori di programmazione, attuazione, confronto e valutazione del gruppo aziendale per l'accessibilità. sia rispetto all'utenza che al personale dipendente e contrattualizzato	Tecnico Referente Umanizzazione CUG Responsabile dei percorsi di inserimento delle persone con disabilità

⁹⁵ <http://eventipa.formez.it/node/374345#:~:text=Riforma%2DMentis%20%C3%A8%20il%20corso,di%20genere%20e%20alle%20pari>

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
	– Prosecuzione abbattimento barriere strutturali nelle ristrutturazioni e sensoriali	
	– Sensibilizzazione dei produttori di testi e materiali web e digitali in AO tramite la diffusione di specifiche indicazioni	RTD
	– Nomina del Responsabile dei processi di pubblicazione	RTD DA
	– Aumento di leggibilità e facilità di ricerca del portale aziendale	URP Comunicazione e ufficio stampa CUG
	– Alimentazione sul portale un riquadro blu "Disabilità e percorsi dedicati" dove inseriremo anche il protocollo ALI	URP Referente Umanizzazione
	– Verifica dei documenti aziendali nei quali è possibile aumentare la leggibilità da parte di persone che utilizzano le più comuni tecnologie aziendali, secondo le LLGG AGID	RTD CUG FQA
	– Coinvolgimento delle Associazioni (all'art. 5 d.lgs 222/2023): questo articolo stabilisce che le associazioni rappresentative delle persone con disabilità, iscritte al Registro unico nazionale del Terzo settore	RTD CUG URP Referente Umanizzazione
	– Implementazione dei canali di invio feedback: censimento dei punti di accesso digitali dipendenti da AO, verifica utilizzabilità meccanismo indagine, attuazione, costruzione di unico punto raccolta dati, anche in parallelo alla reingegnerizzazione dei processi	RTD FPCT
	– Formazione al personale circa modalità comunicative e risorse aziendale nei confronti di utenze con esigenze particolari	FVO CUG Referente empowerment e umanizzazione Disability manager
Promozione parità di genere Attuazione decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80	– Presenza di modalità per garantire il rispetto del principio della parità di genere nella composizione delle commissioni esaminatrici delle procedure di selezione e reclutamento disciplinate dal decreto (articolo 1, comma 12); – Monitoraggio del rispetto – Quantificazione	Amministrazione del Personale
“	– Presenza di modalità per assicurare la parità di genere quando invitano i candidati ai colloqui selettivi nell'attribuzione di incarichi a esperti e professionisti ai fini dell'attuazione dei progetti del PNRR (articolo 1, comma 8).	Amministrazione del Personale Acquisti Tecnico
Equilibrio opportunità formative aziendali	– Monitoraggio annuale partecipanti/richieste in ottica di genere	FVO DIPSA
Valutazione personale di comparto non titolare di incarico	– Attuazione dell'applicazione nuova SVI – Formazione di chi dovrà utilizzare la nuova valutazione	FVO DIPSA

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
	Analisi sistematica dei dati in forma disaggregata per genere dei dati emersi dalla valutazione sperimentale e verifica di eventuali discriminazioni (gender mainstreaming)	
Valutazione individuale del personale	Prosecuzione riesame modalità di valutazione individuale e connessione con la performance (organizzativa + individuale = complessiva)	Amministrazione del Personale CdG CUG DSP DIPSA DS FVO
Promozione culturale per la promozione della parità e valorizzazione di genere	- Partecipazione attiva alla progettazione, attuazione e valutazione dei momenti previsti da 8 marzo è tutto l'anno (gennaio per marzo; settembre per novembre): - Collaborazione con i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie per iniziative formative, progettuali e lavori di tesi	CUG DIPSA DSP-Referente Empowerment in Laboratorio Donna
Linguaggio	- Diffusione ed implementazione progetto Linguaggio ampio e rappresentativo - costruzione di cartella intranet in cui inserire documenti di utilità per la promozione dell'inclusività - diffusione Strategie linguaggio ampio e rappresentativo - monitoraggio campione documenti istituzionali scritti - rilevamento bisogno informativi - pianificazione riesame documentazione sanitaria	CUG DIPSA Consigliera di Parità provinciale Rete antidiscriminazione
Medicina di genere e delle differenze	- Partecipazione al tavolo di lavoro regionale e individuazione del gruppo tecnico aziendale - Formazione - Promozione di raccolta ed analisi di dati in ottica di genere	Referente aziendale per la Medicina di Genere Referente Empowerment CUG
	Partecipazione attiva alle iniziative sollecitate da ONDA –Bollini rosa/Bollini blu	Referente Empowerment CUG Referente aziendale per la Medicina di Genere
	Implementazione e monitoraggio dei percorsi aziendali persone transgender e gender fluid	Pronto Soccorso DIPSA CUG Referente Umanizzazione
Iniziative di contrasto alla violenza: Donne e minori vittime di violenza	- Monitoraggio del fenomeno attraverso indicatori predefiniti - Diffusione della documentazione aziendale revisionata - Confronto periodico tra i punti di riferimento aziendali	- Gruppo aziendale contrasto violenza di genere - Gruppo aziendale contrasto violenza sui minori - CUG
	Formazione di diverso livello: - sulle procedure ed i percorsi aziendali; - sul funzionamento della rete territoriale e la collaborazione con le Associazioni presenti in ospedale; - sul fenomeno e il suo contrasto	- Gruppo aziendale contrasto violenza di genere - Gruppo aziendale contrasto violenza sui minori

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Iniziative di contrasto alla violenza: verso gli operatori	– Monitoraggio del fenomeno attraverso indicatori predefiniti e come da PG 014 – Formazione del personale – Adesione a campagne di sensibilizzazione dell'utenza – Corso di autodifesa all'interno della Rete Antiviolenza coordinata dal Comune di Cuneo96	Rischio Clinico SPP FVO
Iniziative di contrasto alla violenza: tra operatori. Prevenzione della mancanza di rispetto, molestie e vessazioni sul luogo di lavoro;	– Riesame della procedura CUG; – Monitoraggio specifico delle infrazioni disciplinari riconducibili alle questioni di genere; – Individuazione di modalità di monitoraggio aziendali; – Sensibilizzazione; – Formazione; – Diffusione di formazione pre selezionata; – Confronto con la Consigliera di Parità provinciale	CUG FPCT
Gestione molestie	– Formazione e raccolta elementi di aggiornamento per i soggetti maggiormente coinvolti in AO	CUG Medicina del lavoro/MC Rischio Clinico DIPSA DSP Amministrazione del Personale
	– Definizione del percorso operativo in caso di segnalazioni relative alle molestie nei luoghi di lavoro	
“	Partecipazione alle reti locali sul tema complessivo della prevenzione e gestione della violenza in generale, di genere.	CUG Referente aziendale Empowerment Gruppi multidisciplinari aziendali
“	Partecipazione alla rete regionale sul tema complessivo della prevenzione e gestione della violenza sui minori.	CUG Referente aziendale Empowerment Gruppi multidisciplinari aziendali
Inserimento neoassunti	Accoglienza dei Direttori neoassunti per presentazione linee aziendali Accoglienza dei dirigenti neoassunti per presentazione aziendale Accoglienza del personale di comparto neoassunto secondo percorso Accoglienza degli specializzandi e dei diversi soggetti che frequentano l'Azienda per motivi formativi per presentazione aziendale Implementazione di schema formalizzato di accoglienza per il personale tecnico amministrativo neoassunto	Direttore Generale Direttore di Dipartimento FVO DIPSA FVO

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
		CUG
Inserimento neotrasferito interno	Attuazione percorsi di inserimento e affiancamento. Valutazione di programmi sperimentali di mentorship che valorizzino il passaggio di esperienze inter-genere oltre che inter-generazionale. Implementazione di schema formalizzato di accoglienza per il personale tecnico amministrativo neotrasferito.	DIPSA CUG
Valorizzazione: opportunità di crescita professionale	– Supporto e partecipazione nella scrittura di articoli originali per pubblicazione su riviste peer-reviewed; – Supporto nell'analisi critica di articoli scientifici; – Supporto alla produzione di abstract, presentazioni e poster per conferenze; – Supporto e partecipazione nel processo di revisione della letteratura; – Supporto per l'iter di sottomissione di studi presso il Comitato Etico Territoriale Interaziendale; – Revisione linguistica e traduzione di testi scientifici in lingua italiana o inglese	DIPSA
	Affiancamento a dipendenti per la costruzione di percorsi di tesi, project work e lavori di approfondimento su temi di interesse aziendale	CUG
	Gestione e rendicontazione permessi di studio (cd 150 ore)	FVO
	Invito ad utilizzare la app Formazione Sanità Piemonte che consente di ricevere notifiche relative all'aggiornamento del proprio profilo professionista, consultare rapidamente le sezioni principali del portale, compilare gradimento e apprendimento (se attivato on line), consultare il proprio dossier formativo e i crediti acquisiti presso i Provider accreditati della Regione Piemonte	FVO
Valorizzazione del personale	Promozione di forme di partecipazione attiva e proattiva all'interno di AO (call action) es. Calls for proposal" da proporre agli studenti dei corsi di laurea magistrale con topics specifici e premiare il miglior progetto oppure concorso interno per il miglior progetto organizzativo/di ricerca	CUG DIPSA
Consulenza etica e formazione attraverso comunità di pratica	Pianificazione modalità di lavoro per supportare i professionisti sulle tematiche e apportando contributi utili alla "pratica clinica" Raccolta bisogni formativi e informativi Avvio del gruppo di lavoro	Gruppo aziendale di Etica e Bioetica
Promozione della cultura della leadership	Percorsi di formazione, tutoraggio e affiancamento	DIPSA CUG DSP FVO

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
Conciliazione vita-lavoro/sostegno alla genitorialità	– Gestione e monitoraggio congedi parentali per maternità e paternità – n° medio di giorni di congedo parentale fruito su base annuale dalle donne vs n° medio fruito dagli uomini (esclusa la maternità obbligatoria); – Assegno Unico Universale: diffusione informazione e riferimento aziendale	Amministrazione del Personale
	– Gender equity: disponibilità informazioni su corretto uso dei congedi da parte di tutti i genitori – informazione e materiale di supporto relativo all'importanza della genitorialità	
	Micronido aziendale pianificazione di un sistema di gestione efficace delle necessità rispetto a neoassunti analisi dei bisogni aziendali pre valutazione adesioni	DSP PAAT
	Diffusione di servizi ed iniziative relative alla relazione con adolescenti	CUG Referente empowerment e umanizzazione
	Incentivazione della possibilità di collegamenti anche in videoconferenza ogni qualvolta siano convocate riunioni in presenza	CUG
	Offerta di soluzioni abitative facilitate nei pressi dell'ospedale S. Croce per neoassunti e specializzandi	PAAT Fondazione Ospedale S. Croce e Carle
Part time	– Gestione del percorso di richiesta, riconoscimento e monitoraggio del part time. – Rendicontazione: % donne vs % uomini titolari di part-time per categoria	Amministrazione del Personale DIPSA
Mobilità interna	Emissione avvisi e gestione secondo percorso aziendale	DIPSA
Mobilità esterna	Gestione secondo percorso interaziendale	Amministrazione del Personale
Permessi ex legge n. 104/1992 per l'accudimento di familiari	– Gestione del percorso di richiesta, riconoscimento e monitoraggio dei permessi – Rendicontazione: % donne vs % uomini titolari di permessi ex legge n. 104/1992 per l'accudimento di familiari e n° medio giorni fruiti su base annuale;	Amministrazione del Personale
Facilitazione amministrativa	Diffusione del servizio offerto dallo Sportello Sociale in collaborazione con i Patronati	DSP- Servizio Sociale
Clima e benessere organizzativo	Valutazione fattibilità di costruzione, attuazione, analisi dei dati emersi da analisi tramite strumenti digitali di temi riconducibili al clima ed al benessere organizzativo	Medicina del Lavoro FQA SID CUG
Mobility manager	-Individuazione modalità operative mobility manager	Mobility manager

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
	-Effettuazione dell'indagine interna sulle abitudini dei dipendenti in tema di spostamenti casa lavoro -Predisposizione del Piano di Spostamento casa lavoro -Condivisione azioni in collaborazione col territorio (partecipazione a Wellgranda)	
Promozione della salute complessiva	Promozione di attività di sensibilizzazione, informazione, formazione, educazione e monitoraggio attivo in relazione a campagne e giornate aziendali ed extraaziendali, in collaborazione con Associazioni, Società scientifiche ed enti a vario titolo privati e pubblici	Referente empowerment e umanizzazione Conferenza di partecipazione
	Diffusione delle iniziative rivolte alla cittadinanza all'interno dell'AO pertanto usufruibili anche dal personale; in alcuni casi possibilità di spazi riservati	Referente empowerment e umanizzazione Medicina del Lavoro SPP CUG
	Promozione della mobilità attiva	Mobility manager CUG Medicina del Lavoro SPP
Valorizzazione dei dipendenti	Individuazione di iniziative di congedo del personale in congedo e di possibili forme di volontariato aziendale	PAAT CUG Referente Umanizzazione Conferenza di Partecipazione
Partecipazione alla vita aziendale	Ampliamento dei servizi a favore dei dipendenti (es. mensa) anche ad altri soggetti quali specializzandi e tirocinanti durante le attività di tirocinio	
	Valutazione servizi CRAL (all'interno del progetto Wellgranda)	CUG
	Utilizzo di call action survey per il coinvolgimento di dipendenti ed il reperimento di manifestazioni di interesse e disponibilità	CUG Strutture aziendali
Welfare culturale in One Health	Promozione di iniziative culturali all'interno ed all'esterno dell'AO finalizzate alla promozione di benessere a livello sistemico Partecipazione a reti strutturate	CUG Referente Umanizzazione Medicina del lavoro PAAT

Ambito	Azioni	Strutture coinvolte
	Valorizzazione del patrimonio storico e artistico aziendale in collaborazione con enti, università ed agenzie e reti (ACOSI, SASP, DAIRI) diffusione e prosecuzione lavori organizzazione di visite guidate in presenza e virtuali	PAAT
	Partecipazione a Wellgranda Acquisizione formazione su gestione welfare e piattaforma Diffusione	CUG
Trasparenza e comunicazione	Alimentazione costante area intranet e bacheche CUG con le comunicazioni di pertinenza Pubblicazione dei dati di monitoraggio su Amministrazione Trasparente	CUG
Ambiente	Periodiche iniziative di sensibilizzazione ai dipendenti ed agli utenti finalizzate al risparmio energetico	Energy manager

Sezione 4 Monitoraggio

Disposizioni normative

All'art. 5⁹⁷ si dispone che nel PIAO ci sia una sezione che indichi gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Monitoraggi aziendali

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

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

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

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

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

- la valutazione ed il controllo strategico (Direzione Aziendale);
- la valutazione ed il controllo della gestione (Controllo di Gestione);
- il controllo e la regolarità amministrativo-contabile (Direzione Amministrativa, Bilancio e Contabilità, Collegio Sindacale⁹⁸);
- la valutazione del personale (Formazione e Valutazione degli Operatori).

Il modello organizzativo dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle è basato sulla distinzione tra potere di indirizzo, programmazione e controllo e quello di attuazione gestionale⁹⁹.

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

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

Il raggiungimento degli obiettivi (di mandato, del Direttore Generale, di budget) viene monitorato costantemente dal momento dell'assegnazione, attribuendo a specifici soggetti la funzione di verifica periodica dell'andamento rispetto all'atteso. Questa modalità consente, da un lato, di poter mettere in atto azioni correttive e di miglioramento qualora il risultato intermedio non fosse soddisfacente, dall'altra di incrementare il livello di compliance dei Responsabili e la percentuale di raggiungimento degli obiettivi. Il funzionamento del processo è

⁹⁷ 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

⁹⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=540>

⁹⁹ 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.

valutato dall'OIV; nel caso degli obiettivi del Direttore Generale, l'autovalutazione degli stessi viene presentata alla Conferenza dei Sindaci prima di essere sottoposta alla Regione.

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

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

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

Tabella 55 Sintesi monitoraggi previsti dalle diverse sezioni del PIAO, che verrà sviluppato in relazione agli obiettivi di mandato –obiettivi annuali del Direttore Generale-obiettivi assegnati in annualità di budget. Salvo diversa indicazione il timing è annuale

Area di riferimento	Responsabile	Documento di riferimento/timing (se diverso da annuale)
Valore Pubblico	Direzione	Relazione Performance
Elementi di contesto esterno	Comunicazione e ufficio stampa FPCT	PIAO e Relazione Performance rassegna stampa
Elementi di contesto esterno e rischio normativo	Comunicazione e ufficio stampa, FPCT, Legale	Relazione Performance
Elementi di contesto interno: dati attività, produzione e costi	Controllo di Gestione	PIAO e Relazione Performance relazioni ad hoc
Elementi di contesto interno: integrità, trasparenza, comportamento dipendenti	RPCT Legale UIPD	PIAO e Relazione Performance Relazione ANAC (15.01)
Elementi di contesto interno: dati attività, personale, formazione	Amministrazione del Personale/FVO OIV ¹⁰⁰	PIAO e relazioni periodiche (ad oggi non note le modalità triennale)
Elementi di contesto interno: eccellenze, elementi essenziali per l'utenza	Comunicazione e ufficio stampa, FQA, DSP-Umanizzazione	PIAO e Relazione Performance
Gestione del rischio: contenzioso	Legale DSP	Relazione contenzioso
Gestione del rischio: sicurezza e salute dei lavoratori	SPP MC	Documento di Valutazione dei Rischi (D.V.R.). Relazione Sorveglianza sanitaria
Gestione del rischio: clinico	DSP: RM UGRC	Relazione Rischio clinico (entro 31.01)
Gestione del rischio: discriminatorio	CUG	Relazione CUG (30.03)
Economico finanziaria	Bilancio e contabilità	Relazioni di Bilancio
Performance: attuazione ciclo performance e raggiungimento obiettivi	Controllo di Gestione, OIV	Verbali OIV, provvedimenti Relazione Performance

¹⁰⁰ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022, dal 2024

Area di riferimento	Responsabile	Documento di riferimento/timing (se diverso da annuale)
Performance: Tempi e liste di attesa	Controllo di Gestione	Pubblicazioni su Amministrazione Trasparente
Performance: Appropriatezza	Controllo di Gestione	Verbali OIV, Relazione Performance
Performance: Flussi informativi	SID Controllo di Gestione	Flussi
Trasparenza e anticorruzione	RPCT	Indicatori di Monitoraggio; Misure di contrasto; Report applicativo gestionale Relazione annuale ANAC (15.01) Attestazione obblighi di pubblicazione da OIV (su indicazione ANAC)
Accessi	RPCT	Registro accessi (in tempo reale)
Whistleblowing	RPCT	Report segnalazioni, utilizzo e funzionamento canali previsti
Comportamento dipendenti	RPCT	Relazione annuale ANAC (15 gennaio di ogni anno) dati UIPD dati Servizio Ispettivo Interno dati Amministrazione del Personale dati CUG dati FQA monitoraggio regolamenti dati RM incident reporting
Antiriciclaggio	Gestore segnalazioni antiriciclaggio	Relazione annuale
Performance	Responsabile gestione documentale	Relazione Performance
Performance: livelli di qualità	FQA	Riesame qualità: report indagini ed audit monitoraggio indicatori
Performance e Trasparenza: misure attuata con i fondi PNRR	Referente aziendale PNRR	Monitoraggi e Relazioni specificamente richieste (REGIS)
Performance e Trasparenza: avanzamento nuovo ospedale	Gruppo di lavoro aziendale	Relazione Performance
Soddisfazione dell'utenza	PAAT/URP	Analisi delle segnalazioni; Report indagini ed audit civici
Monitoraggio degli obiettivi di accessibilità	RTD	Dichiarazione di accessibilità (23.09)
Soddisfazione dell'utenza:	Comunicazione e ufficio stampa, Referente Umanizzazione e Empowerment	Impegni dichiarati nella Carta dei Servizi; quadro sinottico progetti di umanizzazione ed empowerment Relazione Performance
	PAAT	Report indagini di soddisfazione
	PAAT	Verbali riunioni Conferenza di Partecipazione
Iniziative parità di genere	CUG	Relazione CUG (30.03)
Formazione aziendale	FVO	Rendicontazione aziendale su piattaforma regionale
Lavoro agile	Amministrazione del Personale/ /OSRU	Relazione Performance triennale

Area di riferimento	Responsabile	Documento di riferimento/timing (se diverso da annuale)
	OIV ¹⁰¹	
Stakeholder	Gruppo lavoro PIAO	Relazione Performance
Valutazioni individuali	FVO	Relazione SIMIVAP

In fase di rendicontazione del monitoraggio si renderà evidenza della realizzazione della cascata di obiettivi (di mandato-annuali della Direzione-di budget; progetti ed extra obiettivi di budget).

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

Nella Relazione SiMiVaP¹⁰², se verrà confermato l'obbligo di redazione, si sintetizzeranno i dati connessi alla valutazione del personale secondo quanto previsto nel SiMiVaP¹⁰³.

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

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

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

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

In relazione alla Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'OIV¹⁰⁴.

Monitoraggi dall'esterno

A decorrere dalla data di entrata in vigore del DPR n 81 del 30.06.2022, il Dipartimento della Funzione Pubblica, d'intesa con la Conferenza Unificata, effettua un costante monitoraggio¹⁰⁵, anche tramite apposito Osservatorio, sull'attuazione di quanto previsto dai PIAO pubblicati sul portale¹⁰⁶ e attraverso lo sviluppo di consultazioni rivolte ad accertare l'impatto delle semplificazioni introdotte nei confronti di cittadini ed imprese, al fine di adottare eventuali disposizioni modificative e integrative, con particolare attenzione alla eliminazione di duplicazioni formali e sostanziali. L'Art. 3¹⁰⁷ relativo al Monitoraggio stabilisce che:

¹⁰¹ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022, dal 2024

¹⁰² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1041>

¹⁰³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=976>

¹⁰⁴ Art. 5, co. 2, Decreto Ministro per la Pubblica Amministrazione del 30/02/2022

¹⁰⁵ art. 13 del DPR n. 132 del 30.06.2022

¹⁰⁶ <https://piao.dfp.gov.it/plans>

¹⁰⁷ DPR n. 81 del 24 giugno 2022 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", pubblicato in GU n.151 del 30-6-2022 e vigente al: 15-7-2022

- al fine di individuare ulteriori adempimenti incompatibili con il PIAO, il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e, per la disciplina sulla prevenzione della corruzione e per la trasparenza, l'Autorità Nazionale Anticorruzione effettuano, con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, un'attività di monitoraggio sull'effettiva utilità degli adempimenti richiesti dai piani non inclusi nel PIAO.
- All'esito dell'attività di monitoraggio di cui al comma 1, e ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-legge n. 80 del 2021, si provvede alla individuazione di eventuali ulteriori disposizioni incompatibili con la disciplina di cui allo stesso articolo 6.
- Anche AGID, per le parti di propria competenza, può chiedere conto degli adempimenti previsti dal Piano Digitale Nazionale e rispetto all'accessibilità.

Per quanto riguarda il coinvolgimento degli stakeholder, al fine di assicurare servizi sanitari sempre più appropriati ai bisogni di salute della comunità, oltre a quanto definito a livello interaziendale con l'ASLCN1 in risposta ai bisogni della popolazione di riferimento, l'Azienda utilizza le informazioni raccolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), dall'ufficio stampa interaziendale e dai diversi punti di front line. Alla tutela effettiva dei diritti del cittadino è dedicata la Carta dei servizi¹⁰⁸ e la specifica documentazione predisposta per l'utente diretto, con particolare riferimento alle funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento. Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di partecipazione, accesso e consenso informato con le modalità ed i limiti definiti dalla legge n. 241/1990, dal D.lgs. n. 196/2003 dal D.lgs. 97/2016 che ha introdotto l'accesso civico generalizzato¹⁰⁹ e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie.

L'attività periodica della Conferenza di Partecipazione¹¹⁰ e dello sportello di Cittadinanzattiva all'interno dell'ospedale garantiscono l'attuazione del principio di partecipazione e consentono di raccogliere ed analizzare dati ulteriori oltre a quelli acquisiti dall'URP¹¹¹ e attraverso segnalazioni-reclami¹¹² ed indagini di soddisfazione che riprenderanno con nuove modalità semplificate. Conseguentemente verrà riesaminata la Commissione Mista Conciliativa¹¹³ ed il relativo Regolamento di Pubblica Tutela¹¹⁴.

In caso di segnalazioni di illecito pervenute attraverso l'istituto del whistleblowing si provvederà a verificare il rispetto della procedura aziendale¹¹⁵ e, in caso di rilevata fondatezza, al termine delle istruttorie, la necessità di azioni correttive e di miglioramento per evitare il ripetersi dell'evento indesiderato.

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

Documenti correlati

In questa edizione si elencano i documenti aziendali o interaziendali che vengono considerati rilevanti per la gestione dell'attività aziendale e che costituiscono riferimento per la pianificazione e la rendicontazione. Nel corso del 2025 si effettuerà una ricognizione sistematica, in collaborazione con la Funzione Qualità ed Accreditamento, di tale documentazione al fine di pervenire ad una gestione controllata ed efficiente della stessa.

- Piano Attuativo della Certificabilità Azioni attuative (PAC)
- Piano aziendale di gestione delle liste di attesa
- Piano aziendale gestione sovraffollamento in pronto soccorso
- Piano di comunicazione
- Piano di Emergenza Interno e di Evacuazione (PEIE)

¹⁰⁸ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=45>

¹⁰⁹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=563>

¹¹⁰ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1007>

¹¹¹ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=56>

¹¹² <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=175>

¹¹³ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

¹¹⁴ <http://www.ospedale.cuneo.it/index.php?id=1168>

¹¹⁵ <http://www.ospedale.cuneo.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

- Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti (P.E.I.M.A.F)
- Piano di risposta all’Emergenza/Urgenza sanitaria intraospedaliera (PG PG_063)
- Piano di Fabbisogno del Personale
- Piano Formativo Aziendale (PFA)
- Piano Gestione Emergenza Influenza (Piano Gestione Emergenza Influenza) (recepimento: IO_032 Indicazioni Operative)
- Piano Locale Cronicità (PLC)
- Piano Locale della Prevenzione (PLP)
- Piano pandemico
- Programma locale screening oncologici n. 4: piano di attività anno 2024 e aggiornamento gruppo di progetto per il coordinamento delle attività di screening oncologico (recepimento aziendale) in che rapporti Piano di Attività (PAP)
- Manuale di conservazione dei documenti informatici

Riferimenti

- Articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113
- DPR n. 81 del 24 giugno 2022 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”, pubblicato in GU n.151 del 30-6-2022 e vigente al: 15-7-2022 ha chiarito
- DM del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24 giugno 2022
- Decreto 30 giugno 2022, n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 e vigente al 22-9-2022
- Circolare DFP del 11 ottobre 2022 recante «Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80.»
- PNA 2022
- Legge 190/2012
- D.lgs. 33/2013 e s.m.i.
- D.lgs. n. 165/2001
- D.lgs. n. 150/2009
- Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche”, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica il 30 novembre 2021 e Intesa Conferenza Unificata n.281 del 16 dicembre 2021
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri n.1/2019
- D.lgs. 36/2023 cd Codice dei contratti Pubblici
- Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023¹¹⁶
- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023¹¹⁷
- Delibera ANAC n. 585 del 13 dicembre 2023¹¹⁸
- Delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023 a modificazione della Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023¹¹⁹
- Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023¹²⁰
- Comunicazione ANAC del 10.01.2024 modalità acquisiti inferiore a € 5000¹²¹

¹¹⁶ La delibera – «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l’integrazione con i servizi abilitanti l’ecosistema di approvvigionamento digitale” - individua le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche.

¹¹⁷ <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-582-del-13-dicembre-2023-adozione-comunicato-relativo-avvio-processo-digitalizzazione>

¹¹⁸ <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-585-del-19-dicembre-2023-linee-guida-sulla-tracciabilit%C3%A0-dei-flussi-finanziari>

¹¹⁹ La delibera – “Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e relativo allegato 1 - individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell’articolo 37 del decreto trasparenza e dell’articolo 28 del Codice.

¹²⁰ <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-605-del-19-dicembre-2023-aggiornamento-2023-pna-2022>

¹²¹ <https://www.anticorruzione.it/-/appalti-interfaccia-web-esteso-anche-agli-affidamenti-diretti-di-importo-inferiore-a-5.000-euro>

- Comunicazione ANAC del 10.01.2024 abrogazione adempimenti art 1 co 32 legge 190/2012¹²².

Allegati

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

- Terminologia, acronimi e sigle di maggior utilizzo
- Elenco degli obblighi di pubblicazione ed Elenco responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati
- Elenco maggiori monitoraggi aziendali previsti per il 2024
- Elenco maggiori misure di mitigazioni dei rischi e gestione del sistema aziendale complessivo previste per il 2024
- Tabella maggiori stakeholder
- Piano di Fabbisogno del Personale

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

- Budget 2025 - Aree tematiche di indirizzo strategico
- Obiettivi del Direttore Generale
- Ciclo del budget 2025
- PFA 2025
- Bilancio di previsione
- Piano di comunicazione 2024-2025
- SiMiVaP

Lista di distribuzione

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

¹²² <https://www.anticorruzione.it/-/adempimenti-legge-190/2012-art.-1-comma-32-7#:~:text=Dal%202024%2C%20enti%20e%20pubbliche,nella%20propria%20sezione%20Amministrazione%20Trasparente.>